

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

van

du

DINSDAG 14 JULI 2009

MARDI 14 JUILLET 2009

Namiddag

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.22 uur en voorgezeten door de heer Luc Goutry.
La séance est ouverte à 14.22 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 erkenning van het beroep van osteopaat" (nr. 13716)

01 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance de la profession d'ostéopathe" (n° 13716)

Voorzitter: Muriel Gerkens.

Présidente: Muriel Gerkens.

01.01 **Luc Goutry** (CD&V): Mevrouw de minister, dit is een opvolgingsvraag. Ik heb al een paar keer uw aandacht gevraagd voor de erkenning van de osteopaten, die nu vallen onder de wet op de niet-conventionele geneeswijzen. Die wet geraakt maar niet uitgevoerd, hoewel zij intussen al 12 jaar goedgekeurd is. Zij dateert nog uit de tijd van minister Colla. Wij wachten echter nog altijd op de uitvoeringsbesluiten, en bijgevolg ook op de erkenning van de verschillende beroepen.

De erkenning van de osteopathie heeft twee aspecten. Het dossier heeft enerzijds te maken met het ministerie van Middenstand en de Hoge Raad voor de Zelfstandigen omdat het gaat over de erkenning van de titel van een vrij beroep. Anderzijds gaat het over de insertie van osteopaten in koninklijk besluit nr. 78, wat onder uw bevoegdheid als minister van Volksgezondheid valt.

Mijn vragen zijn eenvoudig, mevrouw de minister. Kunt u een stand van zaken geven wat het dossier van de erkenning van de titels betreft? Is een interkabinettenwerkgroep intussen opnieuw bijeengekomen? Is er al een beslissing ter zake? Werden er al uitvoeringsbesluiten uitgewerkt? Zo ja, wanneer zal de Ministerraad ze behandelen?

01.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, zoals ik in deze commissie al heb gezegd, heb ik in oktober 2008 het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg belast met het uitvoeren van een studie en een stand van zaken over de niet-conventionele praktijken.

Na een eerste onderzoek van de situatie leek het mij immers moeilijk om eenvoudigweg een wet uit te voeren die al tien jaar geleden werd goedgekeurd, terwijl de situatie van bepaalde van deze praktijken intussen gevoelig evolueerde.

Zo is osteopathie thans het voorwerp van een specifieke universitaire opleiding, net zoals in mindere mate accupunctuur wordt onderwezen in bepaalde faculteiten.

Verder zijn bepaalde prestaties het voorwerp van terugbetalingen door sommige ziekenfondsen in het raam van hun bijkomende verzekeringen.

De studie van het KCE wordt verwacht voor eind 2009, begin 2010.

Mijn collega bevoegd voor de zelfstandigen heeft inderdaad een ontwerp van koninklijk besluit voorbereid dat de titel van osteopaat beschermt en dit in uitvoering van de wet van 3 augustus 2007 betreffende de dienstverlenende intellectuele beroepen. Dit voorontwerp wordt thans door haar en mijn kabinet besproken.

Omdat die gesprekken nog bezig zijn, zult u begrijpen dat ik mij hierover niet uitspreek vooraleer ze afgerond zijn.

Het lijkt mij echter essentieel dat men de wetgeving niet door elkaar haalt. De erkenning van de praktijk van de osteopathie en van de individuele osteopaten is een bevoegdheid van Volksgezondheid. De Hoge Raad voor de Zelfstandigen heeft zich trouwens in die zin uitgesproken.

Men zal dus moeten nagaan in welke mate het initiatief van mijn collega verenigbaar is met de wet van 1999 die bovendien misschien zal worden aangepast op basis van de studie van het KCE.

01.03 Luc Goutry (CD&V): Als ik de lijdensweg analyseer, stel ik vast dat het nog minstens tot het einde van het jaar zal duren vooraleer de studie van het Kenniscentrum klaar zal zijn. Voeg daar nog een paar maanden bij vooraleer wij weten welke kant wij uit moeten. Op die manier komt er natuurlijk maar moeilijk schot in de zaak.

Ik begrijp niet altijd alles wat u zegt, maar ik versta het wel. Ook zeker wat betreft de interkabinettenwerkgroep zal toch verder moeten worden onderhandeld om op een aantal vlakken eindelijk toch een doorbraak te creëren. Op die manier weet men dan ook wat de stand van zaken is.

Dit is een opvolgingsvraag die ik te gepasten tijde zal herhalen op het einde van het jaar. Ik hoop dat de studie van het Kenniscentrum tegen dan meer duidelijkheid zal hebben gebracht.

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

La **présidente**: Madame la ministre, depuis la semaine passée, moment où nous avons évoqué le dossier de la grippe A/H1N1, une évolution est intervenue. Les différentes questions qui ont été introduites vous permettront de dresser un état des lieux. Et la première question, c'est moi qui vais vous la poser!

02 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la date de péremption des stocks de médicaments antiviraux efficaces contre la grippe" (n° 13719)

- M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût du vaccin contre la grippe mexicaine" (n° 14272)

- Mme Mia De Schamphelaere à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des mesures contre la grippe A/H1N1" (n° 14310)

- M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la disponibilité des vaccins contre la grippe A/H1N1" (n° 14410)

- Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lutte contre une éventuelle pandémie grippale" (n° 14425)

02 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de houdbaarheidsdatum van de voorraden van doeltreffende antivirale geneesmiddelen tegen griep" (nr. 13719)

- de heer Luk Van Biesen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kostprijs van het vaccin tegen de Mexicaanse griep" (nr. 14272)

- mevrouw Mia De Schamphelaere aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "maatregelen tegen de Mexicaanse griep" (nr. 14310)

- de heer Georges Dallemagne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beschikbaarheid van vaccins tegen de A/H1N1-griep" (nr. 14410)

- mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanpak van een mogelijke griep пандеміе" (nr. 14425)

02.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, ma question est un peu hors contexte car elle date de plusieurs semaines. Elle porte sur la date de péremption des stocks de médicaments antiviraux. Ces médicaments sont considérés comme bons jusqu'en 2010. Passé cette date, ils seront considérés comme périmés et devraient donc être remplacés; ceci nécessite un budget mais il a été prévu.

En essayant de comprendre ce phénomène d'efficacité des médicaments et de dégradation, j'ai appris qu'il résulte de toute une série de facteurs comme les différentes composantes et les conditions de conservation. C'est en estimant la valeur active de ses différentes composantes que l'on peut évaluer la durée de vie et d'efficacité d'un médicament. C'est ainsi qu'un médicament considéré comme périmé reste parfois efficace pendant de très longues années, situation qui peut entraîner des stocks importants.

Aussi, madame la ministre, pouvez-vous me dire quels tests dans le temps de la valeur active des composantes de ces médicaments antiviraux ont été faits? Ont-ils été réalisés par un laboratoire indépendant ou par la firme qui a produit le médicament et qui a fixé une date de péremption?

Ne peut-on pas se dire que certains de ces médicaments gardent leur efficacité pendant tout un temps? D'une façon générale, de quelle manière exige-t-on des preuves ou des éléments d'évaluation des dates de péremption? C'est un point qui pourrait être intéressant dans la gestion des budgets pharmaceutiques des soins de santé.

J'ajouterai deux ou trois questions plus tard dans la discussion. Je vais d'abord laisser mes collègues poser leur question

02.02 Luk Van Biesen (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, ik wens mij uiteraard niet te meten met de wijsheid van de leden van de commissie voor de Volksgezondheid over de elementen van volksgezondheid, maar u kunt begrijpen dat ik mij als lid van de commissie voor de Financiën voornamelijk vragen stel bij de kostprijs van de aankoop van de vaccins. Hoe gaat dat juist in zijn werk? Er is heel wat communicatie geweest. Een van de belangrijke mededelingen was dat het vaccin gratis zou zijn. Die mededeling werd op een bepaald ogenblik hersteld.

Inzake het totale aantal circuleerde op een bepaald moment het cijfer van meer dan een miljoen vaccins die gratis zouden worden aangemaakt. U begrijpt dat een lid van de commissie voor de Financiën dan vragen begint te stellen over de kostprijs daarvan. Ik spreek mij niet uit over de noodzakelijkheid. Ik stel alleen de vraag naar de kostprijs van dit vaccin. Wat is de totaliteit van het budget dat daarvoor opgenomen is? Ik wil toch even refereren aan de bijzondere bepalingen in de programmawet van 2005. Het is natuurlijk niet juist om de Mexicaanse griep te vergelijken met de gekkekoeienziekte of BSE, maar op dat ogenblik werd een bedrag van 12 miljoen euro uitgetrokken voor vaccins in het kader van de BSE. Dat was toen niet voorzien in de budgetten van de respectievelijke ministers.

Men heeft daarvoor een debudgettering uitgevoerd door de opmaak van een thesaurierekening. Die thesaurierekening staat vandaag nog altijd op -12 miljoen euro. Er is dus, met andere woorden, geen enkele minister die nadien een rechtzetting heeft gedaan en de kostprijs van die vaccins op de respectievelijke begroting heeft genomen. Ik zal morgen die vraag ook aan mevrouw Laruelle stellen, omdat zij verantwoordelijk is voor het FAVV, zodat zij ons kan zeggen op welke manier een dergelijke kostprijs uiteindelijk toch in een begroting van een minister terecht komt.

Ik heb de volgende vragen.

Aan hoeveel vaccins wordt er gedacht? Wat is de kostprijs van dit vaccin? Hebt u dat bedrag in uw budget of denkt u aan een operatie zoals bij de programmawet 2005, namelijk het evacueren via een Thesaurierekening?

De **voorzitter**: De heer Doomst is afwezig. Mevrouw De Schamphelaere, u hebt ook een vraag over deze materie.

02.03 Mia De Schamphelaere (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik had deze vraag vorige week gesteld, maar ze is nog altijd bijzonder actueel, omdat de aanpak in een versnelde fase is gekomen. Er zijn nieuwe maatregelen aangekondigd. De overheid neemt het engagement op om de bevolking zo goed mogelijk voor te bereiden op de pandemie, die zeker en vast ook ons land zal treffen. Ik meen dat het heel belangrijk is dat dit in de eerste plaats zo sereen mogelijk gebeurt, want als er sprake is

van bijvoorbeeld een negatieve impact op het bedrijfsleven of het economische leven, dan kan die impact vooral veroorzaakt zijn door paniecreacties, zoals bedrijfssluitingen, scholen die sluiten of bijvoorbeeld het Parlement dat zou sluiten.

Heel het openbare publieke leven zou kunnen stilvallen door een verkeerde inschatting. Ik meen dat de overheid zich goed moet voorbereiden, de bevolking zo goed mogelijk moet informeren, ervoor moet zorgen dat de hulpmiddelen zo goed mogelijk bereikbaar en verdeeld zijn en vooral ook de kalmte en de sereniteit moet bewaren.

Het kan natuurlijk altijd een oplossing zijn voor een bepaalde politieke crisis maar ik zal daar niet op ingaan.

Het is heel belangrijk om in Europa samen op te treden, bijvoorbeeld ook tegenover de producenten van de vaccins. De vaccins staan nog niet helemaal op punt. Naar de beste inschatting zou dat midden september gebeuren. Wij weten dat Frankrijk al vaccins heeft besteld voor heel de bevolking. Bij ons is er sprake van 1 miljoen vaccins. Het is belangrijk dat men een aantal begrippen van de vrijemarkteconomie op dat moment laat varen, bijvoorbeeld de mededinging of de best biedende. Men moet in Europa zo goed mogelijk – ik weet dat dit heel veel intens overleg zal vragen – proberen om met alle lidstaten samen dezelfde doelgroepen prioriteit te geven zodra die vaccins er zijn. Dan is er natuurlijk de grote vraag van de prijsbepaling door dat ene farmaceutische bedrijf dat als eerste op de markt zou komen met het meest gerichte vaccin tegen het virus A/H1N1.

Een andere vraag gaat over de antivirale middelen die op dit moment verspreid worden bij de gemeenten. Het beleid is veranderd en de doelgroepen zijn aangepast. Wat is daar eigenlijk de reden voor? Ik heb nog weinig gelezen over de motivatie daarvoor. Men zou alleen de senioren, de kinderen jonger dan vijf jaar en de zwangere vrouwen nog gratis die antivirale middelen ter beschikking stellen. Wat is eigenlijk de reden van die verandering?

De eerste vraag is dus om eens de vaccins geproduceerd zijn Europees een doelgroepenbeleid af te spreken en gezamenlijk op te treden tegenover de producent. De tweede vraag gaat over de reden voor de verandering van het beleid om die antivirale middelen ter beschikking te stellen.

02.04 Martine De Maght (LDD): Mevrouw de minister, de kans is groot dat we ons na de vakantieperiode mogen verwachten aan wat men omschrijft als een grieppandemie gegeven de huidige omstandigheden. Het is geweten dat hoe langer men aan een virus is blootgesteld, hoe ernstiger ziek men kan zijn. Dagelijks komen er meer en meer mensen bij die besmet raken met dit griepvirus, ook bij ons en in de ons omringende landen.

Ik geef u even wat cijfergegevens mee die vandaag ter beschikking werden gesteld. De wereldorganisatie had gisterenavond de teller op meer dan 98.000 gerapporteerde gevallen waaronder 440 doden, ook in Engeland, wat zeer dichtbij is. De teller voor België staat vandaag op 126 vastgestelde gevallen. Voorspellingen over deze evolutie zijn vrijwel onmogelijk maar maatregelen dringen zich op. Dan is er toch de bedenking dat onder andere Nederland en Frankrijk voor de gehele bevolking vaccins besteld hebben en dat bij ons slechts voor 1 miljoen mensen in een vaccin wordt voorzien.

Waarom wil men in België...

02.05 Laurette Onkelinx: C'est la troisième fois que j'entends le dire! Dites-moi simplement d'où vous tenez cette information! De la presse?

02.06 Martine De Maght (LDD): Dat is zo via de pers gecommuniceerd, ja.

Misschien kunt u dat rechtzetten en dan zou dat in het voordeel zijn van iedereen en dat zou mij zeer plezieren, mevrouw de minister.

De vraag rijst waarom u als verantwoordelijke minister niet in vaccins voor iedereen voorziet. Is het een economische maatregel? Speelt er een wetenschappelijk argument? Is het misschien een beslissing die gebaseerd is op elementen binnen het departement Volksgezondheid?

Niemand kan vandaag voorspellen wat de omvang van de pandemie zal worden, maar wij vragen ons af, als die cijfers over het aantal vaccins kloppen, wie dan de verantwoordelijk zal dragen mochten er toch

slachtoffers vallen, mensen die de griep niet overleven, of wier leven in gevaar komt? Indien zij gevaccineerd zouden zijn, kan men dat vermijden. Ik had hier dus graag een antwoord op.

La **présidente**: Madame la ministre, le point sur la situation avait été fait en commission la semaine passée et la question qui vous est posée reprend des éléments déjà abordés. Avec le secrétaire de commission, nous rappelions qu'il était prévu de rédiger un rapport; comme ce n'était pas dans le contexte des questions orales, ce rapport n'est pas encore publié, ce qui le met en décalage avec l'évolution de la situation. Il s'agirait donc de fonctionner plus systématiquement par questions de manière à disposer d'un compte rendu immédiat de l'échange et de la réponse que vous apporterez afin de ne pas venir chaque semaine avec des éléments déjà connus.

Cela dit, c'est toujours bon de répéter.

02.07 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, chers collègues, d'abord, pour répondre très précisément au sujet de la durée de validité de nos stocks d'antiviraux, il faut savoir que ces stocks en Belgique sont composés de deux types de produits: des spécialités prêtes à l'emploi, d'une part, comme le Tamiflu et le Relenza et, d'autre part, une quantité plus importante de matières premières, comme l'oseltamivir.

Le stock des médicaments est composé de plus ou moins 500.000 traitements prêts à l'emploi, constitués d'un tiers de Relenza et pour deux tiers de Tamiflu. La plus grande partie du stock sera théoriquement périmée en 2011, voire en 2012 pour certains médicaments. Il est néanmoins possible de revoir à la hausse cette durée de validité en effectuant une série de tests sur les médicaments antiviraux dans un de nos laboratoires agréés, comme l'Institut de santé publique.

De plus, la firme Roche a planifié une série de 'retestings' afin de garantir la stabilité du Tamiflu sur une période allant au-delà de sa validité théorique de cinq ans. Cette information a été communiquée à chaque État membre ayant constitué des stocks en Tamiflu. Ainsi, nous pouvons nous baser sur les résultats des tests effectués par Roche, nous certifiant que le Tamiflu sous forme de capsules reste stable après une période de conservation de sept ans lorsqu'il est conservé dans les conditions requises par le dossier d'enregistrement de cette spécialité.

En ce qui concerne le stock de matières premières, nous disposons de suffisamment de matières pour produire l'équivalent de plus ou moins 2,3 millions de traitements supplémentaires. La date de péremption initiale de ce stock est 2011. Dans notre contrat d'achat, il est prévu d'effectuer une série de 'retestings' de cette matière première afin de confirmer sa stabilité. Les résultats des tests produits sur un échantillon de référence nous montrent que celui-ci est stable pour une période de trois années supplémentaires par rapport à la date originale de péremption.

Notre stock de matières premières tel qu'il est stocké actuellement serait donc au moins valable jusqu'en 2014.

Je souhaite évoquer également le prix des vaccins.

Ik kan u meedelen dat de regering in het budget voor 2009 in een krediet had voorzien van 152.474.000 euro voor de aankoop van vaccins tegen de vogelgriep. Een deel van dit krediet, dat in dit stadium nog niet gebruikt is, zal worden gebruikt voor de aankoop van vaccins tegen de A/H1N1-griep. De onderhandelingen voor de bestelling van de 12,6 miljoen dosissen zijn bijna afgerond.

Je puis aussi dire que le vaccin n'existe nulle part au monde. Quand il sera disponible, il sera soumis à l'approbation de l'Agence européenne du médicament. C'est à partir de ce moment-là que des stocks seront progressivement constitués. Le vaccin sera distribué à partir de la fin du mois de septembre ou du début du mois d'octobre.

La Belgique a conclu un contrat, mais ce n'est pas le cas de tous les pays européens. En dehors d'un accord européen sur la constitution d'un stock, nous avons préféré respecter le principe de précaution. C'est aussi le cas du Royaume-Uni, de la France, de l'Espagne; l'Allemagne quant à elle a conclu un autre type de contrat.

Chaque mois, la constitution du stock de vaccins progressera. Nous devons alors nous demander qui il

conviendra de vacciner en premier lieu. Le vaccin sera-t-il gratuit? En tout cas, il le sera pour les groupes à risque, puisqu'il s'agit de lutter contre une pandémie.

Un groupe d'experts au sein du commissariat Influenza se charge de définir les groupes à risque. Neuf catégories de personnes ont été retenues. Mais elles ne doivent pas être confondues avec celles qui seront vaccinées prioritairement. Un groupe à risque est constitué de personnes pouvant être plus facilement contaminées par la grippe A/H1N1: les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans, les personnes de plus de 65 ans, les patients atteints d'une maladie chronique du système respiratoire (notamment les patients ayant reçu une prescription de médicaments contre l'asthme au cours des trois dernières années).

Daaronder vallen ook patiënten met een chronische hartaandoening, patiënten met matige tot ernstige nier- of leverinsufficiëntie, patiënten met immunodepressie wegens ziekte of een behandeling, diabetespatiënten en patiënten die gehospitaliseerd zijn met een ernstig klinisch beeld, onder voorbehoud van de termijn van 48 uur.

Voilà les catégories de personnes qui sont potentiellement des patients à risque. Pour la vaccination, il faudra tenir compte d'autres éléments. Il faudra aussi vacciner les professionnels de la santé par exemple.

Nous allons devoir définir les priorités de la campagne de vaccination. De plus, il faudra faire deux campagnes simultanément: une pour la grippe saisonnière et une autre pour la grippe A/H1N1, étant entendu que, pour la grippe A/H1N1, ce sera gratuit pour les groupes à risque. Ce ne sera pas simple, nous y réfléchissons déjà.

À partir d'aujourd'hui, nous passons dans la phase d'atténuation, sur base d'un constat très simple: la grippe A/H1N1 n'est pas plus grave qu'une grippe saisonnière, au niveau des effets, même s'il peut y avoir des complications pour les groupes à risque. Les personnes qui sont décédées souffraient d'un problème médical en plus de la grippe A/H1N1. Ils étaient tous dans les groupes à risque que nous avons décrits. Pour ces patients à risque, le traitement antiviral Influenza Tamiflu continue. Les autres patients, selon l'avis des médecins, seront soignés comme pour une grippe saisonnière, avec du paracétamol, du repos, etc.

Cette grippe n'est pas plus grave mais plus contagieuse que la grippe saisonnière. Or, avec les grandes périodes de transhumance que sont les vacances, dans la chaleur moite de l'été, avec les festivals de musique où on se frôle, où on ne respecte pas la prévention contre la grippe A/H1N1, les camps et rencontres d'été, la contagion va flamber. Hier, il y en a eu 12 d'un coup! Il y en aura des dizaines et des dizaines par jour.

Le virus est parmi nous, comme en période de grippe saisonnière. Nous allons le traiter comme tel. Nous ne sommes plus dans la phase de confinement, où on isolait les patients dans les hôpitaux de référence et où on recherchait tous les contacts via les médecins-inspecteurs d'hygiène.

Nous allons mettre sur pied une observation par le biais du réseau des médecins vigiles. Cela nous permettra d'observer la propagation du virus sur le territoire et de continuer à examiner son évolution. Cet examen des mutations éventuelles se passe également au niveau de l'OMS. Si le virus venait à muter dans une forme plus compliquée, on redéfinirait une nouvelle stratégie.

Sous la responsabilité du ministre de l'Intérieur, nous avons travaillé pour que les stocks d'antiviraux et de masques chirurgicaux se trouvent à proximité des médecins. Le ministre de l'Intérieur travaille avec les communes et les provinces afin de constituer des stocks. L'armée a transféré une partie du stock sur des palettes qui sont transférées vers les provinces et les communes, à disposition des médecins et hôpitaux.

Nous allons également avertir les pharmaciens. On a beaucoup parlé de leur rôle de conseil. Nous avons demandé à l'Agence des médicaments d'organiser une information auprès des pharmaciens afin que ces derniers puissent alors informer la population.

En résumé, il y a le call center Influenza, il y a le site web Influenza, il y a une e-newsletter Influenza, il y a une adresse e-mail (info@influenza.be) à laquelle citoyens et partenaires peuvent envoyer leurs questions. Nous allons également mener une grande campagne sur les règles fondamentales d'hygiène car la prévention reste évidemment de mise en la matière. Cette campagne sera organisée avec le SPF Intérieur et les communes, avec le soutien du SPF Chancellerie.

Elke Belgische gemeente krijgt een voorraad affiches geleverd, afgestemd op een aantal inwoners en de aanwezige infrastructuur: scholen, bibliotheken, theaters, sportzalen enzovoort. Aan de gemeenten wordt gevraagd om de affiches gericht op de volwassenen of op de kinderen op grote schaal zichtbaar uit te hangen. De affiches werden ontwikkeld in het Frans, het Duits, het Nederlands, het Arabisch en het Turks.

Des initiatives seront renforcées grâce à des conventions avec les médias. Une équipe de communication sera spécialement dédiée au soutien des acteurs de terrain, dans les entreprises, les camps de vacances, etc., afin que ceux-ci puissent transmettre les informations. Des brochures portant sur la façon de se soigner et de se protéger seront distribuées aux patients. La campagne d'affiches et de brochures dans les aéroports se poursuit. Une série de communications auront lieu avec les professionnels des soins de santé avec des brochures, des newsletters, des brochures "soins à domicile". Le Commissariat Influenza poursuivra son action au niveau des médias avec des communiqués de presse, des "persconferenties", des "persbriefings", des "ad hoc interviews van de commissieleden", enzovoorts.

Je vais vous remettre le plan de communication, afin que vous disposiez de l'ensemble des informations. Madame la présidente, je crois ainsi avoir répondu à toutes les questions.

02.08 Luk Van Biesen (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw geruststellende woorden over de beschikbare budgetten. Ik heb genoteerd dat er in een krediet van 152,5 miljoen euro voorzien is voor de aankoop van vaccins. Er wordt voorzien in 12,6 miljoen vaccins. In principe is uw begroting voldoende...

02.09 Minister Laurette Onkelinx: (...)

02.10 Luk Van Biesen (Open Vld): U bevestigt hier vandaag dat dit bedrag en het aantal normaal gezien voldoende zullen zijn voor dit jaar. U zult dus niet uw toevlucht nemen, zoals in 2005 gebeurd is, tot een thesaurierekening of een debudgettering om dit te kunnen uitvoeren.

Vandaag lijken uw antwoord en de middelen mij voldoende te zijn.

02.11 Mia De Schamphelaere (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitleg en het schetsen van de context omtrent de communicatie. Ik meen dat er nog een heel moeilijk communicatiemoment zal komen op het moment dat de eerste stock van vaccins beschikbaar zal zijn en de prioriteitenlijst bepaald zal zijn. De prioritaire groepen moeten eerst aan bod komen. Ik denk dat de professionele gezondheidswerkers eerst aan bod moeten komen, maar dat zal misschien een moeilijk moment zijn. Men zegt dat men de doelgroepen afbakent, dat men daarvoor de juiste criteria heeft en dat het vaccin gratis is, maar er zullen hoe dan ook mensen zijn die toch tegen eender welke prijs over het vaccin willen beschikken. Dat zal een moeilijk moment zijn in de communicatie.

Ik kom nog even terug bij de vraag van collega Van Biesen. Bij het contract dat nu is afgesloten met de producent is er al over de prijs gesproken. De prijs kan dus niet meer veranderen?

02.12 Laurette Onkelinx, ministre: C'est en négociation.

02.13 Mia De Schamphelaere (CD&V): Dat is dus nog altijd in onderhandeling? Hebt u contact met de andere lidstaten?

02.14 Laurette Onkelinx, ministre: Nous avons des contacts, mais dans le respect de clauses de confidentialité.

02.15 Mia De Schamphelaere (CD&V): Het systeem van openbare aanbestedingen wordt dus niet gebruikt. Het is de bedoeling dat men een onderhandelde prijs bereikt.

02.16 Martine De Maght (LDD): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik ben bij deze gerustgesteld dat u inderdaad in voldoende vaccins voorziet. Ik heb echter toch nog enige ongerustheid. Mijn collega heeft het daarnet ook aangehaald. Er zal inderdaad een rangorde bepaald worden hoe de vaccins zullen worden toebedeeld en zullen worden ingeënt. Ik heb uit uw toelichting niet begrepen wie die volgorde zal bepalen. Wie zal er voorrang krijgen? Op wiens advies?

02.17 Laurette Onkelinx, ministre: J'aimerais bien que ce soit l'Organisation mondiale de la santé ou des recommandations européennes, ce serait plus simple!

Mais, en même temps, une situation n'est pas une autre. Au dernier Conseil européen en Suède, nous étions en vidéo conférence avec le Dr Chan, directrice de l'Organisation mondiale de la santé. Elle disait que, dans certains pays, on avait décidé que les routiers seraient prioritaires en raison du fait qu'ils amènent les denrées alimentaires dans les grandes surfaces. On peut avoir des grandes lignes de recommandation au niveau européen.

C'est le Commissariat Influenza composé de toute une série d'experts qui fera des propositions en fonction des spécificités. Dans les publics cibles, les personnes à risque seront prioritaires ainsi que les professionnels de la santé qui, eux, le sont évidemment toujours.

02.18 Martine De Maght (LDD): Ik weet het. Ik wil alleen aangeven dat ik begrepen heb dat zelfs voor de risicogeveallen en voor het medisch personeel en de medische staf eind september of begin oktober onvoldoende vaccins voorhanden zullen zijn terwijl het risico bestaat dat er op dat ogenblik al griep is uitgebroken. Dat wil ik toch nog meegeven, mevrouw.

We moeten tot elke prijs vermijden dat er in België doden vallen. Dat is wat ik u wil meegeven.

02.19 Laurette Onkelinx, ministre: Il y en aura, comme chaque année.

02.20 Martine De Maght (LDD): Bijna iedereen is daarvoor ingeënt. Als ik de kranten mag geloven, doet men vandaag zelfs geen onderzoek meer of het over een gewone griep gaat dan wel over een andere. Hoe kunnen wij dan vaststellen dat er een extra vaccin moet worden aangeboden? Ik wil het u meegeven. Het stond vandaag in de krant.

Misschien is het inderdaad wel belangrijk, zoals de collega aangeeft, dat er gecommuniceerd wordt, dat er informatie verstrekt wordt, dat er inderdaad geen misverstanden bestaan. Blijkbaar zijn er reeds misverstanden bij de werknemersorganisaties. Zij verwijzen naar beslissingen van de overheid die u hier vandaag hebt tegengesproken.

Er moet dus wel degelijk nog gecommuniceerd worden.

02.21 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, nous avons souvent dit dans cette commission – et tout médecin vous le répétera – que, chaque année, malgré la campagne de vaccination, la grippe saisonnière occasionne des décès. L'hiver dernier a été très difficile, surtout pour les personnes à risque, c'est-à-dire les personnes âgées, etc. Le prochain hiver, nous connaissons ce que nous connaissons chaque année. De plus, la grippe A/H1N1, plus ou moins équivalente à la grippe saisonnière, viendra en sus de celle-ci puisqu'il s'agit d'une autre souche. Nous organiserons encore une campagne de vaccination et nous espérons que tous les groupes à risque se feront vacciner car les complications peuvent être attendues surtout dans ce public.

02.22 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): De toutes façons, madame De Maght, les problèmes de communication sont inévitables. Les personnes qui se sentent menacées recherchent des informations à différentes sources et tous les médias ne distillent pas les mêmes informations; certaines se croisent qui sont parfois contradictoires, d'où l'importance de se référer aux rapports rédigés par notre communication et de visiter le site influenza.

J'ajouterai un dernier élément, madame la ministre, des infirmières à domicile me disent ne pas avoir reçu directement des informations sur ce qu'il convient de faire, s'il faut conseiller au patient de se rendre chez son médecin généraliste ou si elles doivent elles-mêmes l'alerter. De plus, depuis fin juin, des généralistes disent n'avoir plus reçu d'information de manière directe de la part de leur cercle de médecins.

Je ne sais si la situation est généralisée, mais vu le changement de stratégie et les inquiétudes issues des informations en provenance de sources diverses, ne croyez-vous pas qu'il conviendrait de réinitialiser une communication envers les prestataires de soins, qu'il s'agisse des pharmaciens, des infirmières, de l'ensemble des médecins généralistes et des prestataires de soins hospitaliers?

Peut-être conviendrait-il également de veiller à ce que les cercles disposent d'une méthode plus efficace et plus rapide de communiquer les informations? À moins que vous ne puissiez le faire sans passer par eux, mais je ne suis pas sûre qu'ils accepteraient.

02.23 Laurette Onkelinx, ministre: Nous en avons beaucoup parlé lors des réunions du "stuurgroep", du Commissariat Influenza. Nous avons constaté que l'information via les cercles des généralistes avait donné des résultats mitigés, bien que ce soit leur mission. Puisqu'il y a un changement de stratégie, il a été décidé que les médecins généralistes seraient informés directement. C'est une mission des Communautés, ce qui simplifie tout!

Du côté flamand, les lettres étaient déjà prêtes sous enveloppe hier et attendaient la décision finale pour être envoyées. Du côté francophone, cela allait être fait mais un peu plus tard. Les médecins seront le plus possible informés par mail, de manière à ce que cela aille plus vite. Les médecins dont l'adresse mail n'est pas connue recevront, quant à eux, un courrier ordinaire. La représentante de la ministre Fonck, présente hier à la conférence de presse, a dit qu'endéans les deux à trois jours, ils devraient être à même d'informer chaque médecin généraliste individuellement.

En attendant, les médecins savent qu'ils peuvent 'cliquer' sur le site internet du Commissariat Influenza. La lettre devrait y être disponible dès aujourd'hui en français, en néerlandais et en allemand. Avec un peu de bonne volonté, les médecins peuvent avoir accès à toute l'information par ce biais-là. En outre, ils peuvent également téléphoner au médecin-inspecteur d'hygiène de la Communauté qui possède tous les renseignements.

02.24 Georges Dallemagne (cdH): J'ai visité ce matin le site internet de l'OMS. On dénombre 100.000 cas et 100 morts, ce qui équivaut à un taux de mortalité de 1/1000. Ce taux se rapproche de celui de la grippe saisonnière.

02.25 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

02.26 Georges Dallemagne (cdH): C'est pourtant ce qui figurait ce matin sur le site de l'OMS.

02.27 Laurette Onkelinx, ministre: On ne connaît pas tous les cas. Dans des pays comme les États-Unis, il y a longtemps que...

02.28 Georges Dallemagne (cdH): Madame la ministre, je tiens à vous faire part de ma préoccupation à ce stade. Lorsque nous avons abordé la grippe saisonnière, vous nous aviez indiqué qu'il n'était pas évident de déterminer le nombre de morts et le taux de mortalité lié à la grippe saisonnière, que l'on pouvait l'estimer mais qu'il y avait aussi d'autres causes, notamment les pics de pollution du mois de février, qui pouvaient expliquer une surmortalité à ce moment-là.

Il est important de toujours se donner les moyens de connaître l'incidence et le taux de mortalité de la maladie, de manière à pouvoir continuer à piloter de près la stratégie. Il ne faudrait pas que, comme dans le cas de la grippe saisonnière, on ne sache pas très bien quel est le taux de mortalité de cette grippe et quelle est son incidence. Ce sont des éléments extrêmement importants pour pouvoir piloter la stratégie.

La **présidente**: En espérant que rien de grave ne se produise d'ici là (mutation du virus, etc.), nous ferons très certainement le point à la rentrée et analyserons les résultats de nos grands échanges.

02.29 Laurette Onkelinx, ministre: Pour terminer, madame la présidente, notre stratégie de confinement a donné d'excellents résultats. La Belgique est un pays où l'on constate beaucoup de passage. Nous avons réussi à limiter l'expansion du virus. Cela dit, le monde est un village, et puis c'est la période estivale.

*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 opvolging van het beleid inzake CVS" (nr. 13782)

- mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de referentiecentra voor het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 14197)

03 Questions jointes de

- M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi de la politique menée en matière de SFC" (n° 13782)

- Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de référence pour le syndrome de fatigue chronique" (n° 14197)

03.01 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, collega's, in 2008, toen wij over CVS debatteerden, concludeerde het kenniscentrum samen met de Hoge Gezondheidsraad, dat de zogenaamde referentiecentra inzake het chronisch vermoeidheidssyndroom op dat ogenblik hun belangrijkste missie niet hadden vervuld, te weten het ontwikkelen van een getrapte zorgorganisatie waarin zij de eerste lijn zouden ondersteunen. Er werden toen heel wat kritische vragen gesteld door meerdere commissieleden, alle met dezelfde bedoeling, namelijk zo goed mogelijk degenen die aan CVS lijden te helpen, maar ook erover waken dat de middelen die daarvoor worden uitgetrokken, goed en efficiënt worden besteed, zodat we daadwerkelijk een therapeutische meerwaarde kunnen realiseren.

U heeft toen, samen met het RIZIV, beslist om de centra niet te sluiten. Dat was wijs, gezien het bestaande patiëntenbestand en men die mensen niet van de ene op de andere dag buiten behandeling kan stellen. U hebt toen gezegd om voor 2009 de financiering ongewijzigd te verlengen - we spreken over 1,6 miljoen euro per jaar. Ik had wel begrepen dat u het rapport van de kenniscentra, waarin kritiek werd geuit omtrent de missie, goed zou opvolgen en dat u zou nagaan of er in de toekomst bepaalde bijstellingen moesten worden gedaan opdat de patiënten beter en efficiënter konden worden geholpen. Vandaar deze opvolgingsvraag.

Mevrouw de minister, wat is de stand van zaken in dit dossier? Is daar nog verder rond gewerkt? Zo ja, op welke wijze? Welke pistes worden onderzocht? Er zal terug een moment komen waarop de financiering zal worden in vraag gesteld, want ze is slechts voorlopig verlengd. De vraag is of we alsdan klaar zullen zijn om de patiënten van CVS efficiënter te helpen.

03.02 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het is niet de eerste keer dat hierover vragen worden gesteld. Al van bij het akkoord dat het RIZIV gesloten heeft met de vijf referentiecentra – ten tijde van uw toenmalige collega Frank Vandenbroucke – hebben wij gevraagd om een evaluatie te doen en erop te letten dat er dicht rond de patiënt samengewerkt werd met de eerste lijn, dus kort op de bal spelend. Er moest ook ondersteunend wetenschappelijk materiaal worden gevonden om de symptomen te kunnen objectiveren, iets wat bij CVS zeer moeilijk is.

De rapporten zijn er gekomen in 2002 en 2004. Daarin stonden zeer negatieve uitlatingen. Er werd de centra verweten dat zij de huisarts niet of onvoldoende bij de behandeling betrokken. Het rapport van het Kenniscentrum, van 2006, was ook negatief omdat er enorme wachtlijsten gegroeid waren. De centra slaagden er niet in om de patiënten sociaal terug te integreren. De fysieke revalidatie verliep minder goed dan verwacht en de cognitieve gedragstherapie leverde nauwelijks objectiveerbare resultaten op.

Intussen is er alweer wat tijd overheen gegaan. Er vonden debatten plaats over de verlenging van de contracten. Zoals collega Goutry zei was de algemene teneur dat men daarvoor uiteraard middelen moest blijven vrijmaken omdat de personen die zeker of waarschijnlijk aan CVS lijden moeten worden geholpen, maar dat men een en ander wel moest bijsturen. Er werden aanbevelingen geformuleerd door het kenniscentrum, waarmee men moest starten vanaf 1 januari 2009. Hierbij kon men een splitsing van de multidisciplinaire revalidatieprogramma's krijgen en men zou ook de huisarts meer betrekken. Men gaf ook de mogelijkheid om een kinesist dicht bij huis te raadplegen die dan over een volledig rapport zou beschikken. Er was immers een probleem omdat mensen te lang moesten wachten en dan afhaakten omdat zij te ver moesten gaan, terwijl ze daar niet alleen heen konden. Het ging dus om tal van moeilijke zaken. Er werd ook gezegd dat de referentiecentra een samenwerkingsovereenkomst zouden moeten sluiten met een aantal niet-universitaire ziekenhuizen, ook weer om de onderzoeken dicht bij de mensen te kunnen organiseren.

De bedoeling was om tegen 1 januari 2010 een beter omschreven financieringsreglement uit te werken.

Mevrouw de minister, werd al een evaluatie gemaakt van hoe die wijzigingen op het terrein zijn geïmplementeerd? Het gaat over de wijzigingen in de laatste wijzigingsclausule van de overeenkomst van het verzekeringscomité van het RIZIV en de referentiecentra. Heeft men daardoor al meer patiënten kunnen

behandelen? Wat is momenteel de stand van de wachtlijsten?

Op 30 juni werd een tussentijds verslag verwacht van de werkgroep die deze nieuwe financieringsreglementering moet uitwerken. Heeft de werkgroep u dat verslag bezorgd? Wat zijn de belangrijkste conclusies daarin? Zult u tegen 1 januari 2010 met de nieuwe financiering kunnen starten?

03.03 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, de overeenkomsten tussen het RIZIV en de referentiecentra voor CVS liepen normaliter af op 31 december 2008. Ze werden bijkomend met een jaar verlengd. Niettegenstaande hiervoor weinig tijd was, zijn naar aanleiding van die verlenging verschillende belangrijke maatregelen genomen die stroken met de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad en het Kenniscentrum.

Met betrekking tot de aanbeveling om in een eerste fase onder experimentele voorwaarden een getrapte zorgorganisatie in te voeren, werden er drie maatregelen genomen die vanaf 1 januari 2009 in voege zijn getreden. Een eerste maatregel is dat nieuwe patiënten die vanaf 1 januari 2009 naar een referentiecentrum worden verwezen omdat het voor hen aangewezen is een behandeling van graduele oefentherapie te krijgen, deze behandeling niet meer in het centrum zelf kunnen volgen. De centra moeten de patiënten daarvoor op een gedegen manier, via de huisarts, doorverwijzen naar een perifere kinesitherapeut.

Een tweede maatregel is dat elk referentiecentrum vanaf 2009 met minstens een tweedelijnsziekenhuis een overeenkomst moet sluiten inzake de samenwerking voor de verzorging van CVS-patiënten.

Een derde belangrijke maatregel ten slotte is dat er binnen het Comité voor advies inzake de zorgverlening ten aanzien van de chronische ziekten en specifieke aandoeningen een werkgroep is opgericht die ten behoeve van de beheersinstanties van het RIZIV een evalueerbaar model van getrapte zorgorganisatie voor CVS-patiënten dient uit te werken. De krachtlijnen van dit model dienen te zijn dat de tweede en vooral de eerste lijn eventueel progressief gegarandeerd een belangrijk deel van de zorgverlening aan patiënten met CVS op zich nemen, dat de referentiecentra hun opgebouwde expertise overbrengen naar de andere zorgverleners van het netwerk, dat er een gecoördineerde wisselwerking bestaat tussen de verschillende zorgverleners van het netwerk, met duidelijke afspraken rond de protocollen die gevolgd worden en dat de zorgverlening wetenschappelijk orthodox is en op een kwalitatief goede wijze verstrekt wordt en bovendien qua kostprijs, wachttijden en verplaatsingen toegankelijk is voor de getroffen patiënten en betaalbaar voor de ziekteverzekering.

De werkgroep is een divers samengestelde werkgroep waarvan, behalve de leden van het comité voor advies zelf, ook de organisaties van artsen en kinesitherapeuten die in het verzekeringscomité vertegenwoordigd zijn, deel uitmaken, evenals de hierboven bedoelde tweedelijnsziekenhuizen waarmee samenwerkingsovereenkomsten worden gesloten, de vijf referentiecentra en de verzekeringsinstellingen. Behalve deze organisaties zijn in de praktijk bijvoorbeeld ook organisaties van klinische psychologen uitgenodigd voor de werkgroep. Verscheidene maatregelen zijn genomen om over de vooruitgang van de werkgroep te waken. Zo dient ze minstens maandelijks te vergaderen en moet ze ook tussentijds verslag uitbrengen aan het verzekeringscomité. Dit zal binnenkort gebeuren.

On me dit d'ailleurs que la dernière réunion du Collège des médecins-directeurs se tiendra le 15 juillet et que la dernière réunion du Comité de l'assurance se tiendra le 27 juillet.

Het is de bedoeling dat het getrapte zorgmodel vervolgens experimenteel getest wordt gedurende een periode van in principe enkele jaren. Binnen die experimentele fase dient dan de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van het nieuwe zorgmodel getest te worden. Dit is de andere aanbeveling waarnaar u in uw vraag verwees.

Tot besluit denk ik te kunnen stellen dat er zeker gevolg gegeven is aan de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad en het Kenniscentrum. Er zijn trouwens ook nog andere maatregelen genomen die er onder meer voor zouden moeten zorgen dat er, zonder dat het budget van de centra wijzigt, wat meer ruimte is voor individuele begeleidingen in plaats van groepstherapieën. Dit was eveneens een aanbeveling van de bedoelde instanties. Volgens de wetenschappelijke literatuur is het gunstige effect van de behandelingen meer aangetoond bij geïndividualiseerde behandelingen.

03.04 **Luc Goutry** (CD&V): In zoverre mij bekend zijn zowel de aandoeningen van de bindweefselziekten,

als de verwante aandoeningen inzake het chronischevermoeidheidssyndroom belangrijke groepen. Het is ook iets zeer invaliderend. Ik denk dat veel mensen aan de ziekte lijden. Het heeft ook een grote economische weerslag door ziekte of werkverzuim. Het is alleszins noodzakelijk dat er een hoge wetenschappelijke component wordt ingebouwd, temeer daar het een aandoening is waarvan men vandaag nog niet goed de oorsprong schijnt te kennen. Men kan de diagnose niet altijd gemakkelijk stellen. Ook de behandeling en de doeltreffendheid van de behandeling zijn niet altijd duidelijk.

Het is goed dat er inspanningen gebeuren. Ik hoor dat er nu ten minste – dat was trouwens hoog tijd, want de pilootprojecten lopen al jaren – samen wordt gezeten, voornamelijk vanuit de netwerken, niet eenzijdig, maar vanuit alle verschillende toeleverders, zowel inzake motorische als psychologische revalidatie. Ik hoorde u dat allemaal noemen. Ik meen dat vooral verwacht kan worden dat daaruit ook meer wetenschappelijke informatie naar boven zou komen, zodat alle hulpverleners, te beginnen met de huisartsen, beter gedocumenteerd kunnen zijn. Ik denk ook aan adviserende geneesheren, die mensen al dan niet werkonbekwaamheid moeten toekennen. Men moet zich meer op gestandaardiseerde, verworven richtlijnen kunnen baseren om een goede evaluatie te kunnen maken en een goede therapie te kunnen instellen voor de mensen die eraan lijden. Wij moeten ondersteunen wat bezig is. Het mag niet stilvallen. Ik hoop dat dit zich ook in nieuwe structuren zal vertalen.

03.05 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik denk dat er in de afgelopen zes maanden meer werk verricht is dan in de voorbije zeven jaar. Het is natuurlijk ook dankzij het blootleggen van de pijnpunten door de Hoge Gezondheidsraad en door het Kenniscentrum, dat geweten was op welke pistes men moet voortgaan. Ik denk dat er echt wel veel gebeurd is.

Over de wachtlijsten hebt u niets gezegd, maar ik neem aan dat die daarmee stilaan toch wel opgelost geraken, eens dat systeem geïmplementeerd zou kunnen worden.

Het spreekt natuurlijk vanzelf dat die manier van werken, met de getrapte zorg, waarbij zoveel mogelijk rond de individuele patiënt wordt gewerkt, met samenwerking van mensen die zeer nauw met de patiënt betrokken zijn, zoals zorgverleners, huisartsen of kine, een hele periode moet worden volgehouden vooraleer er geëvalueerd kan worden. U zegt dat het gedurende enkele jaren moet gebeuren. Ik neem dus aan dat er ook een verlenging zal komen voor de volgende jaren, maar dat natuurlijk dat model wel gevolgd zal moeten worden.

Het is jammer dat we in 2002 zo slecht gestart zijn. Toen werd alles gezet op de referentiecentra.

Er is een enorm verloop geweest: mensen waren op verschillende plaatsen tegelijk ingeschreven of deden niet verder. Het is ook een soort van contract met de patiënt. Dat moet ook gezegd worden.

Er zijn ook mensen die afhaken, die niet graag de diagnose horen of wat eraan te doen is, die het niet werkbaar vinden om dat binnen hun gezin te organiseren. Er zit – terecht – een hele sociale en financiële context aan. Maar ja, het zal u maar overkomen. Het ergste dat een persoon volgens mij kan overkomen, is dat men zich ellendig voelt en niet kan functioneren binnen het gezin en op het werk, maar dat er geen echte diagnose kan worden gesteld. Veel patiënten bevinden zich in een schmerzzone: het is misschien CVS, het is misschien reuma, maar het valt niet te objectiveren. Ik treed u erin bij dat er nu veel meer gekend is. Er vindt ook uitwisseling plaats met buitenlandse centra, maar toch is er nog een hele weg te gaan.

Toch is het belangrijk dat ook wij blijven investeren om die groep van mensen te kunnen helpen in de toekomst.

*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 "de samenstelling van de Technische Commissie voor Verpleegkunde" (nr. 13818)

04 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la composition de la Commission technique de l'art infirmier" (n° 13818)

04.01 Luc Goutry (CD&V): Mevrouw de minister, de Technische Commissie voor Verpleegkunde is een zeer belangrijke adviesraad, waar allerlei vragen en problemen die te maken hebben met het beroep van

verpleegkunde en de technische aspecten van het beroep, ter sprake kunnen worden gebracht. De raad ligt echter al twee jaar stil, ze werkt niet. Ze geraakt klaarblijkelijk niet samengesteld, zodat aan geen enkele dringende vraag van de sector nog enig gevolg kan worden gegeven.

Beter bestuur is een van de belangrijke hefbomen geweest uit het regeerakkoord van de regering. Daarom vind ik het onaanvaardbaar dat de nieuwe samenstelling na twee jaar nog altijd niet is gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad en dat we nog altijd geen Technische Commissie voor Verpleegkunde hebben, temeer daar het een knelpuntberoep betreft. Het ligt al zo moeilijk. Wij hebben daarover al een hele discussie gevoerd.

Daarom heb ik de volgende dringende vragen. Waarom is de commissie nog steeds niet opnieuw samengesteld? Wanneer kan worden verwacht dat het probleem finaal wordt opgelost?

04.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, de commissie kan om de volgende redenen nog niet worden samengesteld.

Omdat het om een adviesorgaan gaat, moet de samenstelling beantwoorden aan de bepalingen van de wet van juli 1990 ter bevordering van de evenwichtige aanwezigheid van mannen en vrouwen in organen met adviserende bevoegdheid, meer in het bijzonder aan de artikelen 2 en 2bis van de wet. Die vereist onder meer dat maximaal twee derden van de leden van een adviserend orgaan van hetzelfde geslacht zijn. Dat quotum is afzonderlijk van toepassing op de effectieve leden, op de plaatsvervangende leden en op iedere structurele onderverdeling van het adviesorgaan. Omdat de ontvangen kandidaturen het niet mogelijk maakten te voldoen aan die eisen voor de kandidaten voor de onderverdeling die de artsen vertegenwoordigt, ondanks verscheidene aanvragen gericht aan de betrokken organismen BVAS en Confédération des Médecins Belges, kan de samenstelling van de TCV niet worden gepubliceerd.

Er werd bij de minister bevoegd voor Gelijke Kansen, mevrouw Milquet, een vraag ingediend om een afwijking te verkrijgen, zoals toegelaten door artikel 2bis, §2 van de wet van 20 juli 1990. Tot nu toe kon de afwijking nog niet worden toegestaan, omdat de commissie die belast is met het onderzoeken van die aanvragen, nog niet kon worden samengesteld. Mijn collega werkt aan een oplossing voor het probleem.

Rekening houdend met die situatie en met de pogingen om de samenstelling van de TCV evenwichtig te maken, maar vooral met het belang om die commissie te laten werken, ben ik thans bezig met de voorbereiding van de publicatie van het besluit dat de leden aanduidt.

04.03 **Luc Goutry** (CD&V): Mevrouw de minister, het is een ongelooflijke logica. De ene commissie kan niet samengesteld worden, omdat de andere commissie ook niet kan samengesteld worden. Zo kan men nog een tijdje bezig blijven. Het is natuurlijk wraakroepend omdat op het terrein zulke dringende vragen vanuit de sector niet beantwoord kunnen worden.

Uw laatste opmerking begrijp ik niet. U zegt dat u de leden zal aanduiden. U wacht toch op de toelating tot afwijking van mevrouw Milquet?

04.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Je suis en train de me renseigner auprès de Mme Milquet pour savoir s'il faut vraiment une dérogation. On essaye de trouver une solution.

04.05 **Luc Goutry** (CD&V): U moet het mij vergeven, maar dat is geen parlementaire taal. Ik kan het antwoord moeilijk begrijpen of ombuigen in een antwoord voor de sector, die de volksvertegenwoordiging hiervoor appelleert.

Ik begrijp echter dat met uw collega Milquet overlegt met het oog op een oplossing voor het probleem. Ik begrijp echter niet goed over welke bespreking het gaat, aangezien de commissie die daarover moet beslissen, ook niet kan worden samengesteld. Hoe kan de toelating tot afwijking dan verkregen worden, mevrouw de minister?

04.06 **Laurette Onkelinx**, ministre: On travaille à une solution.

La **présidente**: Il faut voir si on dépend absolument de cette autre commission qui n'est pas composée non plus ou si on peut s'en passer.

04.07 Laurette Onkelinx, ministre: Il faut bien essayer de trouver une solution. Je n'en peux rien, c'est un comité d'avis et les 'stakeholders' qui doivent m'envoyer des candidats ne m'envoient que des hommes.

04.08 Luc Goutry (CD&V): In zo'n geval is een afwijking mogelijk. Mevrouw Milquet moet dan de toelating tot afwijking geven.

04.09 Laurette Onkelinx, ministre: Je l'ai demandé et elle examine si on peut substituer une autre méthode à la dérogation. La réponse devrait arriver à court terme.

04.10 Luc Goutry (CD&V): De kwestie is "nog" maar twee jaar hangende.

Dat betreft toch echte pijnpunten. Ik hoef u natuurlijk niet in een hoek te drummen, maar voor zulke aangelegenheden moet er toch een oplossing komen, vooral wanneer het te maken heeft met een beroep waarvan wij allemaal pretenderen dat het een moeilijk beroep is waarvoor wij kandidaten nodig hebben.

04.11 Laurette Onkelinx, ministre: Le problème, c'est que la commission qui doit accorder des dérogations n'est pas constituée. Ce n'est pas une commission qui relève de mes compétences, mais de l'Égalité des chances.

04.12 Luc Goutry (CD&V): Je ne cherche pas le coupable, mais je demande qu'il y ait une solution pour le secteur.

04.13 Laurette Onkelinx, ministre: C'est ce que je cherche.

04.14 Luc Goutry (CD&V): Dankzij veel gezond verstand en verschillende ministers zouden wij toch in staat moeten zijn om hiervoor een oplossing te vinden.

La **présidente**: Reconnaissez qu'il est inadmissible qu'on n'envoie pas de nom de femmes pour pouvoir composer cette commission, alors qu'on se plaint tous les jours (...).

04.15 Luc Goutry (CD&V): Stel dat er op een bepaald moment, door de Mexicaanse griep, geen vrouwen meer op de wereld zouden zijn, dan moet die toch blijven verder draaien.

La **présidente**: Nous n'y sommes pas encore! J'espère que cela sera réglé à la rentrée.

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

05 Questions jointes de

- **M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les disparités ethniques en matière de santé" (n° 13847)**

- **Mme Muriel Gerrens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les disparités sanitaires sur base ethnique existantes en Belgique" (n° 14292)**

05 Samengevoegde vragen van

- **de heer Georges Dallemagne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de etnische ongelijkheden op gezondheidsvlak" (nr. 13847)**

- **mevrouw Muriel Gerrens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de etnische ongelijkheden op het gebied van de gezondheid in België" (nr. 14292)**

05.01 Georges Dallemagne (cdH): Madame la ministre, cette question n'est pas nouvelle. Nous savons que nous ne sommes pas tous égaux devant la maladie et qu'il existe des disparités du risque en fonction notamment de l'appartenance ethnique. Une étude de la Fondation Roi Baudouin soulignait ce problème l'année passée.

Ce qui est peut-être neuf dans cette étude de l'UCL à laquelle je fais référence, l'étude du Pr Laurent, c'est qu'il compare deux régions, deux pays d'Europe, l'Écosse et la Belgique dont les situations socio-

économiques sont comparables et dont les stratégies de santé sont assez différentes, notamment par rapport aux risques supplémentaires dans certains groupes ethniques. Pour rappel, chez nos populations d'origine turque ou marocaine, il y a un risque plus élevé de diabète de type 2, d'hypertension artérielle ou d'autres maladies chroniques invalidantes. D'autres stratégies que la nôtre, celle de l'Écosse par exemple, donnent apparemment de meilleurs résultats.

Je voudrais connaître votre avis sur cette étude, si vous en avez pris connaissance. Comment s'expliquent ces disparités et ces facteurs de risques supplémentaires? Quelles stratégies ont-elles déjà été mises en œuvre en Belgique ou pourraient l'être? Auxquelles souhaitez-vous porter plus d'attention à l'avenir pour tenter de combler ces inégalités face à certains risques sanitaires? Enfin, ne manque-t-on pas de données statistiques? Ne faudrait-il pas opérer un suivi plus rapproché? C'est une question de santé publique et en même temps une question sociale très importante. Un meilleur suivi de cette question serait donc souhaitable.

05.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Ma question s'inspire de la même étude. Madame la ministre, comment évaluez-vous les dispositifs en place auprès de nos structures de soins dans le but de tenir compte des spécificités ethniques? En effet, il semblerait que notre système est moins performant que celui de l'Écosse dans le domaine. Quels enseignements faut-il tirer des pratiques de l'Institut national de santé écossais?

Ce n'est pas la première fois qu'on dresse ce genre de constats. À partir de là et de notre réalité, on pourrait mettre en place des stratégies plus performantes dans notre pays.

05.03 Laurette Onkelinx, ministre: Chers collègues, nous avons examiné avec étonnement les résultats de l'étude du professeur Laurent, de l'École de Santé publique de l'UCL. Selon lui, la Belgique, en ne mettant pas en œuvre une politique de santé différenciée pour les étrangers, accroît les inégalités de santé entre les différentes nationalités dans notre pays. L'INAMI en serait la grande coupable.

Comme l'étude le souligne, la pleine intégration des personnes d'origine étrangère à notre société est un facteur important qui leur permet d'avoir accès sans barrière aux services publics ou à tout autre rouage de notre vie sociale. Cette politique d'intégration dépasse de loin le cadre de la politique de santé. La priorité est à la meilleure intégration possible à notre société de toutes les personnes d'origine étrangère qui vivent dans notre pays. Toute société démocratique ne doit évidemment pas ménager ses efforts dans cette perspective, ce qui passe entre autres par une attention particulière de la part des pouvoirs publics à leur accès au système de santé.

Si l'Écosse, par exemple, paraît plus volontariste que nous en la matière, c'est peut-être parce que, malgré les apparences, le degré d'intégration global des personnes d'origine étrangère est meilleur chez nous que là-bas. Une personne d'origine étrangère jouissant pleinement de sa citoyenneté dans notre pays n'a pas besoin de politique spécifique, fût-ce en matière de santé. Une mauvaise alimentation ou une difficulté d'accès aux soins à cause de revenus modestes sont des phénomènes qui se combattent de la même façon pour tout le monde, sans distinction de nationalité.

L'étude souligne la présence dans les hôpitaux belges de médiateurs interculturels qui permettent aux médecins et au personnel soignant de savoir quelle attention spécifique accorder dans la dispense des soins aux étrangers de cultures fort différentes de la nôtre. Mais les statistiques ne font pas apparaître que de plus en plus de médecins et de personnel soignant dans notre pays sont d'origine étrangère. Ils savent à la base comment prendre en charge des personnes de cultures différentes sans nécessairement avoir besoin d'un soutien extérieur.

Plus globalement, il est vrai que nous ne disposons pas encore de statistiques satisfaisantes pour mesurer les performances de notre système de santé. Cette lacune sera comblée d'ici la fin de l'année avec l'édition d'un premier rapport auquel contribuent toutes les autorités et institutions compétentes en matière de politique de santé. Dans les deux à trois ans, cela nous permettra d'établir les priorités de la politique de santé de façon éclairée. S'il apparaît que des besoins spécifiques, liés à l'appartenance ethnique, existent, je suis prête à initier toute mesure permettant d'y répondre.

D'un point de vue épidémiologique, j'affirme avec force qu'il est faux d'insinuer que les étrangers sont systématiquement en plus mauvaise santé que les Belges qui ne sont pas d'origine étrangère, que cela

serait dû à la nationalité ou à une mauvaise politique de santé. Les déterminants de la santé valables pour tous et toutes, en particulier la situation socioéconomique, sont bien plus significatifs à ce niveau que le pays d'origine.

05.04 Georges Dallemagne (cdH): Madame la ministre, merci. Je sais combien notre gouvernement a à cœur de renforcer et conforter l'intégration des personnes d'origine étrangère dans notre pays.

Je voudrais cependant me réjouir de ce qu'on affine nos données épidémiologiques et statistiques; en effet, je pense qu'aujourd'hui, il est difficile de préciser le facteur déterminant. Est-ce d'origine ethnique, est-ce dû au niveau socioéconomique? Je suis convaincu que le niveau socioéconomique est important dans le facteur de risque, mais nous manquons justement de données. Il faudrait qu'à l'avenir, nous puissions mieux apprécier les comportements de santé, les facteurs de risque liés à telle ou telle habitude, par exemple, de consommation, de comportement sédentaire ou non d'une population.

Dans certains pays, toutes ces données sont abordées franchement alors que, dans notre pays, par pudeur, par atavisme, par manque de données épidémiologiques, cette situation est méconnue. Actuellement, il est impossible de faire nettement la part des choses entre les facteurs de type socioéconomique et les facteurs de type ethnique.

Comme vous l'avez souligné, j'espère que les données qui seront disponibles d'ici à la fin de l'année permettront de vérifier si des besoins spécifiques apparaissent selon des types de populations.

05.05 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): Je me permettrai simplement d'ajouter que nous devons disposer de données suffisamment complètes que pour pouvoir croiser des paramètres différents. Par moments, il est impossible de savoir s'il s'agit d'une habitude issue d'une origine culturelle plutôt que de difficultés d'ordre socioéconomique. Voilà qui permettrait peut-être de nous montrer plus efficaces dans l'adaptation de l'approche du traitement ou de la prise en compte de certaines données.

Vous avez raison de dire que beaucoup de nouveaux généralistes sortant de nos universités sont pour bon nombre d'origine étrangère. Les médecins belges optent davantage pour les spécialités. Cette donnée intéressante qu'il convient d'intégrer dans notre façon de gérer les soins de santé permettrait peut-être une approche plus efficace de certaines habitudes ou de comportements facteurs de problèmes de santé.

Nous attendons donc cette étude pour la fin de l'année. Il serait intéressant de l'examiner début 2010.

05.06 Laurette Onkelinx, ministre: À ce point de vue, la Belgique est leader au niveau européen pour les études sur les performances de notre système de santé; il s'agit d'une initiative de l'INAMI que j'ai estimée excellente.

05.07 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): Peut-être pourrions-nous prévoir dans notre agenda du début de l'année prochaine d'y prêter attention? Fixons-nous cette échéance pour profiter de ces données.

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

06 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise sur le marché belge de l'Atripla" (n° 13983)

06 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het in België in de handel brengen van Atripla" (nr. 13983)

06.01 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, deux laboratoires, Bristol-Myers Squibb et Gilead Sciences, mettent à disposition trois antirétroviraux complémentaires dans un seul comprimé à prendre une fois par jour. Celui-ci, appelé Atripla, combine le Sustiva, dont le principe actif est l'efavirenz, et le Truvada qui, lui, contient deux produits actifs, l'emtricitabine et le fumarate de ténéfovir disoproxil. Ces trois antirétroviraux sont utilisés depuis de nombreuses années dans la lutte contre le sida.

L'Atripla n'est pas le premier médicament à combiner trois thérapies en un seul comprimé, mais il regroupe des produits actifs dont les actions sont complémentaires. Sur le plan clinique, l'efficacité et les effets secondaires sont identiques, mais la mise en œuvre du traitement est moins contraignante.

Or, vous le savez, l'infection par le VIH est une maladie chronique qui nécessite le respect d'une observance stricte du traitement pour être efficacement combattue. Ainsi, les patients doivent prendre quotidiennement un nombre très important de médicaments qui compliquent singulièrement la vie sociale et professionnelle.

Ce médicament ne constitue cependant pas une solution miracle, car il ne concerne que les patients qui ont une charge virale indétectable depuis plus de trois mois sous l'effet de leur traitement initial. Ils ne doivent présenter aucun antécédent d'échec thérapeutique avec d'autres antirétroviraux. Enfin, le médecin prescripteur doit s'assurer que les patients ne présentent pas de résistance à l'un des trois composants du médicament. Néanmoins, on estime généralement qu'il pourrait concerner plus de 30% des patients actuellement sous traitement.

Madame la ministre, quand cette trithérapie monoprise sera-t-elle disponible sur le marché belge? Le traitement contre le VIH coûte cher. Ce médicament sera-t-il remboursé? Si oui, à quelle échéance?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Burgeon, d'après les informations communiquées par la firme qui le commercialise, l'Atripla sera disponible sur le marché belge d'ici maximum deux mois. Ce médicament est actuellement à l'examen par la Commission de remboursement des médicaments de l'INAMI. Je ne peux prendre une décision qu'après avoir reçu son avis. Je devrais pouvoir prendre une décision pour le 31 août prochain. Si la décision est positive, le médicament sera remboursé à partir du 1^{er} novembre 2009.

06.03 Colette Burgeon (PS): Merci pour votre réponse très claire.

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

07 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'efficacité du médicament pour arrêter de fumer Champix" (n° 13984)

07 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de doeltreffendheid van het rookstopgeneesmiddel Champix" (nr. 13984)

07.01 Colette Burgeon (PS): Madame la vice-première ministre, l'an dernier, je vous interrogeais, ici-même, sur la polémique née de la mise sur le marché du médicament antitabagisme Champix. Le taux particulièrement élevé de réussite de ce traitement (44%) le rendait alors très attractif auprès des fumeurs qui désiraient arrêter la consommation de tabac et avait conduit les autorités à autoriser son remboursement dès le début 2008.

Néanmoins, ce traitement n'avait jusqu'en août dernier jamais fait l'objet d'une comparaison avec ceux à base de nicotine comme les patchs, par exemple. Depuis, une étude a été menée dans ce sens, déclenchant une nouvelle polémique à la suite de la publication des résultats.

Mes questions sont les suivantes. Peut-on se fier aux résultats de l'étude menée sur l'efficacité de ce médicament sachant que les auteurs sont soit des employés du laboratoire pharmaceutique le produisant, soit des personnes ayant des liens financiers avec la firme? Devant un sujet aussi sensible que celui ayant trait à l'addiction au tabac et aux moyens d'y mettre un terme, n'existe-t-il pas de laboratoires indépendants ou subventionnés par les pouvoirs publics permettant de valider l'efficacité des traitements antitabagisme? Vous n'ignorez pas non plus la polémique née des effets secondaires indésirables de ce médicament notamment sur le cœur et le fonctionnement de la thyroïde, mais aussi sur le risque de dépression et de pensées suicidaires chez les utilisateurs. Cette polémique est-elle justifiée?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Burgeon, les essais cliniques doivent prévoir un certain nombre de critères, qui rendent les résultats crédibles. Ces critères sont établis par les bonnes pratiques cliniques et contiennent un ensemble d'exigences dans les domaines éthique et scientifique. Le respect des bonnes pratiques cliniques et l'indépendance des investigateurs sont garantis par le contrôle des comités d'éthique et des autorités compétentes en la matière, dès la première autorisation du médicament dans un essai clinique jusqu'à l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché pour ce produit. Ceci vaut également pour chaque essai clinique, qui se fait après l'autorisation de mise sur le marché du produit.

Il n'existe pas de laboratoire subventionné qui effectue ce genre d'études. Par contre, lorsqu'une entreprise

pharmaceutique fournit les résultats d'études en vue d'obtenir une autorisation de mise sur le marché soit à l'Agence fédérale des médicaments, soit à l'Agence européenne des médicaments, ceux-ci sont analysés. Il est également tenu compte des éléments mentionnés dans la réponse que j'ai donnée à votre première question.

Pour ce qui concerne le Champix, ce médicament a obtenu une autorisation de mise sur le marché après évaluation à l'EMA. Il est effectivement indiqué dans le sevrage tabagique des adultes. Les experts du Comité des médicaments à usage humain de l'Union européenne et son groupe de travail de pharmacovigilance ainsi que ceux de l'EMA ont récemment réexaminé les risques relatés par rapport aux bénéfices du Champix.

Il ressort de cette évaluation que la balance bénéfices-risques du Champix reste favorable. Toutefois, et bien qu'aucun lien de causalité ne soit actuellement établi entre le Champix et certains effets indésirables pour le système nerveux, le résumé des caractéristiques du produit et la notice destinée aux patients ont été modifiés pour y ajouter un avertissement relatif au risque d'idées suicidaires et de tentative de suicide.

L'Agence européenne des médicaments (EMA) n'a constaté aucune augmentation du nombre de notifications d'effets indésirables lors de l'administration du Champix, y compris en termes cardiaques et thyroïdiens.

Comme c'est le cas pour tous les médicaments commercialisés et enregistrés au moyen de la procédure européenne centralisée, l'Agence des médicaments et l'EMA continuent néanmoins d'exercer un suivi permanent de ce produit et de ses effets indésirables.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction de vendre des aliments dont la teneur en acide gras 'trans' dépasse 0,5 g par portion" (n° 13985)

08 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verbod op de verkoop van voedingsstoffen met een transvetzuurgehalte dat hoger is dan 0,5 g per portie" (nr. 13985)

08.01 Colette Burgeon (PS): Madame la présidente, madame le ministre, l'Amérique du Nord a depuis longtemps déclaré la guerre aux acides gras "trans". Ainsi, la ville de New York a mis en place une législation qui bannit des tables des restaurants les aliments dont la teneur en acide gras dépasse 0,5 g par portion.

Aujourd'hui, les associations de consommateurs tirent à nouveau la sonnette d'alarme car il apparaît que les effets négatifs des acides gras "trans" sont observés même à des niveaux faibles de consommation. La consommation d'un seul gramme d'acide gras "trans" par jour augmenterait de 20% le risque de maladies cardio-vasculaires. Actuellement, l'Européen moyen en avale entre 1,2 g et 6,7 g par jour!

Rappelons que ces acides gras "trans" sont créés en laboratoire par les industriels du secteur agroalimentaire et qu'on les retrouve partout dans notre alimentation: ils rendent les frites plus croustillantes, les pâtisseries plus fondantes, les pâtes moelleuses. De plus, ils sont faciles à produire et bon marché.

En Europe et en Belgique, les voix des associations de consommateurs, des médecins, des nutritionnistes, etc., s'élèvent afin d'élaborer une législation limitant sévèrement la présence de ces graisses dans l'alimentation.

Selon la Fondation contre le Cancer, diverses chaînes de fast-food et certains producteurs de margarines, conscients des dangers, se sont d'ores et déjà préoccupés de réduire la quantité d'acides gras "trans" dans leurs produits. Pour cela, ils optent pour certaines huiles telles que l'huile de canola, qui, de par leur composition en graisses, forment moins d'acides gras "trans" au cours de leur hydrogénation.

Voici donc mes questions.

1. Je vous avais interrogée sur la problématique l'an dernier et vous m'aviez répondu que la mention systématique des acides gras "trans" n'avait pas été retenue par la Commission. Vous m'aviez alors indiqué que la question ne manquerait pas d'être débattue lors des réunions européennes auxquelles prendrait part votre administration. Les points de vue sur la question ont-ils évolué au niveau des instances européennes?

2. En Europe, le Danemark a fait œuvre de pionnier, précédant New York, en légiférant sur les acides gras "trans". Aujourd'hui, alors que certains producteurs européens mettent sur le marché des margarines exemptes d'acides gras "trans", le gouvernement fédéral ne peut-il imposer un tel étiquetage pour les produits contenant des huiles partiellement hydrogénées? Vous l'aviez suggéré l'an dernier, a-t-on pu avancer sur cette proposition?

3. Enfin, est-il envisageable d'interdire de vendre des aliments dont la teneur en acide gras "trans" dépasserait 0,5 g par portion?

Je vous remercie, madame la ministre, pour vos réponses.

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Burgeon, de nouveaux règlements relatifs à l'étiquetage des denrées alimentaires ont été discutés au sein du groupe de travail au Conseil des ministres européens.

Pour les acides gras "trans", la situation n'évolue malheureusement pas beaucoup. Seuls quelques États membres souhaitent leur étiquetage général obligatoire. Nous attendons l'avis du Parlement européen qui n'a toujours pas exprimé son opinion en première lecture. La discussion est en cours au niveau européen. Il n'y a dès lors pas de raison de prévoir cet étiquetage obligatoire à l'échelon national.

S'agissant de l'idée de fixer une limite maximale pour les acides gras "trans" dans les denrées alimentaires, je reste sur ma position: le débat devrait s'organiser au niveau européen afin que les mesures aient un réel impact sur la santé des citoyens, sans provoquer d'entraves à la libre circulation. Les opinions de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) constituent la base des mesures éventuelles à prendre. Sur la base de l'avis de l'EFSA du 8 juillet 2004, la Commission a conclu qu'il n'y avait pas de raison de fixer de limite maximale en ce domaine. Nous attendons une nouvelle déclaration de l'EFSA dans les semaines à venir.

08.03 Colette Burgeon (PS): Madame la ministre, je vous remercie de votre réponse. Vous dites qu'il convient d'attendre l'avis du Parlement européen. J'ai l'impression qu'il ne considère pas cette question comme très importante. Pouvez-vous exercer une pression afin que le dossier avance? Peut-être la situation changera-t-elle dans quelques semaines. Je reviendrai probablement dans un an pour vous poser les mêmes questions!

08.04 Laurette Onkelinx, ministre: Je vous répondrai alors que la présidence belge de l'Union européenne aura essayé de faire avancer le dossier.

La **présidente**: Même outre-Atlantique, des dispositions ont été prises. Pourtant, les Américains ne sont pas les plus précautionneux. L'inertie européenne est donc étonnante.

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

09 Samengevoegde vragen van

- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de recente studie van het Kenniscentrum Gezondheidszorg over PET-scanners" (nr. 14095)

- de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het updaten van het KCE-rapport inzake positron emissie tomografie in België" (nr. 14165)

09 Questions jointes de

- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude récente du Centre d'expertise des soins de santé à propos des PET-scans" (n° 14095)

- M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise à jour du rapport du KCE sur la tomographie par émission de positrons en Belgique" (n° 14165)

La **présidente**: La question n° 14165 de M. Daniel Bacquelaine a été transformée en question écrite.

09.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, u zult ongetwijfeld het rapport van het Kenniscentrum Gezondheidszorg over PET-scanners, van 2005 kennen. De conclusie in het rapport was dat België slechts nood had aan een tiental PET-scanners. De toenmalige beleidsmakers kozen er uiteindelijk voor om dertien toestellen in België toe te laten.

Er was een klacht bij de Europese Commissie waardoor België ertoe verplicht was om de programmeringscriteria te herzien en objectiever te maken. Als gevolg daarvan werd het Kenniscentrum Gezondheidszorg gevraagd om het rapport te actualiseren. Daaruit volgde zeer recent, eind juni, de update met betrekking tot PET-scanners.

In dat rapport staat dat uit de resultaten van de meest recente gegevens van 2007 blijkt dat door de ziekteverzekeringen ongeveer 18.000 legale PET-scans werden terugbetaald, evenals ruim 20.000 PET-scans van toestellen die in theorie niet hadden mogen bestaan of in gebruik hadden mogen zijn. Dat betekent dat wij door de ziekteverzekering meer illegale dan legale daden hebben laten terugbetalen, deels omdat er in de regeling was voorzien in een achterpoortje via de fameuze dubbele tomografie.

Het Kenniscentrum Gezondheidszorg heeft een aantal duidelijke adviezen geformuleerd in de update van eind juni.

Mevrouw de minister, wat zijn uw conclusies met betrekking tot deze studie? Ik zou kunnen verwijzen naar uw beleidsbrief van oktober van vorig jaar, waarin u een aantal aanzetten gaf. Het is als gevolg van de update misschien wel tijd om een aantal concrete maatregelen te nemen.

Wat vindt u van de suggestie van het Kenniscentrum Gezondheidszorg om niet langer in een programmering voor PET-scanners te voorzien?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, selon le rapport du KCE, 38.500 examens PET-scan ont été réalisés en 2007, dont 18.500 peuvent être qualifiés d'officiels et 20.000 de non officiels. Le KCE souligne également qu'il y a aujourd'hui en Belgique 16 indications reconnues. Deux nouvelles indications devraient être officialisées tandis que d'autres ayant peu d'intérêt devraient être supprimées, en fonction de données scientifiques. Toutefois, dans son rapport, le KCE affirme qu'il n'est actuellement pas possible de fixer une programmation à partir d'une estimation des besoins et estime ne pas pouvoir recommander une telle piste. Il plaide alors pour une adaptation de l'offre aux besoins basée sur des normes d'agrément et des règles strictes de remboursement.

Il y a actuellement 13 PET-scan agréés sur base des critères légaux définis par la loi du 27 avril 2005:

- un service par faculté universitaire disposant d'un programme d'études complet en médecine;
- un service par hôpital effectuant des prestations médicales et chirurgicales exclusivement pour le traitement des tumeurs et ayant obtenu la dérogation prévue à l'article 2 de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux;
- un service par tranche de 1,6 million d'habitants, soit trois services sur le territoire de la Région flamande et deux sur le territoire de la Région wallonne.

Par ailleurs, on sait qu'un examen prend en moyenne entre 45 minutes et une heure et on peut estimer qu'un appareil de PET-scan qui fonctionne 50 semaines par an pendant 40 heures (2.000 heures par an) est à son rendement maximum. Pour autant que l'ensemble des appareils fonctionne effectivement à plein régime, il faudrait donc tabler sur 19 à 20 appareils pour pouvoir assurer tous les examens réalisés aujourd'hui en Belgique.

Cependant, prendre les actuelles 38.500 prestations comme base de raisonnement est un peu rapide. En effet, ces examens sont réalisés annuellement selon la nomenclature actuelle. Il y a lieu de réajuster ce chiffre à partir des nouvelles indications qui devraient être prises en considération mais également des indications qui ne sont plus recommandées.

Le nombre de PET-scan repris dans la programmation pourrait donc paraître insuffisant actuellement mais les données doivent être affinées en fonction de l'épidémiologie et des nouvelles indications. Ces analyses

doivent encore être effectuées et devront sans doute, comme le préconise le Centre fédéral d'expertise, faire l'objet d'une actualisation régulière. Le KCE propose d'ailleurs une révision tous les trois ans, en fonction des statistiques hospitalières et des avancées médicales et oncologiques.

Aujourd'hui, un enregistrement systématique des tumeurs et des traitements est organisé dans le cadre du registre du cancer. Ces données sont une source importante pour l'étude épidémiologique. Il faut cependant regretter que la collecte et le traitement de ces données prennent beaucoup de temps et, de ce fait, les données les plus récentes sont celles de 2005.

En revanche, l'enregistrement systématique et continu doit aussi permettre de cerner les tendances et évolutions en nombre de cas, en termes de pratiques médicales, etc. C'est essentiel en vue d'élaborer une planification à moyen et long termes.

En même temps, il conviendra de réexaminer l'ensemble des dispositions relatives au financement de ces appareillages – conditions de remboursement des actes et financement de l'équipement.

Ten tweede, ik denk dat de techniek van de programmering van apparaten zoals PET-scanners volkomen pertinent blijft in het raam van het beleid van een zorgaanbod dat aangepast is aan de behoeften. Men kan zich voor een inschatting van de behoeften baseren op de epidemiologische gegevens die beschikbaar zijn in het nationaal kankerregister en op richtlijnen voor een goed gebruik van de PET-scanners. Er zal daarenboven aan experts gevraagd worden om richtlijnen uit te werken voor een goed gebruik van de PET-scanners. Tegelijk zal gestart worden met een evaluatie van de beschikbare budgettaire middelen om tot een optimaal gebruik ervan te komen voor de toekomstige behoeften.

Tot slot denk ik dat het essentieel is dat wij beschikken over een goede registratie van de epidemiologische gegevens, die misschien gekoppeld zullen moeten worden aan de multidisciplinaire oncologische consultaties. In elk geval zal ik nauw overleg plegen met de betrokken actoren, in het bijzonder de artsen-specialisten in de nucleaire geneeskunde en artsen-specialisten in de oncologie.

Wat de timing aangaat, denk ik niet dat er op korte termijn een adequaat antwoord gegeven zal kunnen worden. Zowel het voorbereidend consultatie- en analysewerk als het wijzigingsproces van de reglementering vergt tijd.

09.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, uw laatste zinsnede geeft mij de garantie dat ik dat dossier zal moeten opvolgen. U zegt duidelijk en bekent eerlijk dat er op korte termijn geen drastische wijzigingen komen in deze of gene richting. Dan weten wij uiteraard dat wij dat dossier vanuit de Kamercommissie zullen moeten opvolgen.

Toch denk ik, al was het maar via de recente gegevens die nu blijken voor de financiële situatie van de sociale zekerheid in de ruime betekenis van het woord en van de ziekteverzekering in de enge betekenis, dat ieder van ons stilaan doorheeft dat wij naar cijfers gaan die zwaar in het rood staan. Als wij dat combineren met de vaststelling dat het gebruik van de PET-scanttechnologie een zeer dure, om niet te zeggen peperdure technologie is, dan moeten wij zeer ernstig nagaan in welke mate op dit moment misschien op een buitensporige manier gebruik wordt gemaakt van die technologie.

We zullen moeten bezuinigen. Daarover kunnen alle leden van meerderheid en oppositie het eens zijn. Misschien moet daar eens naar gekeken worden. Daarom ontgoocht uw antwoord ook als u zegt dat er op korte termijn fundamenteel niets zal gebeuren.

Terwijl het Kenniscentrum Gezondheidszorg uitdrukkelijk suggereert dat het misschien niet meer nodig is om naar een programmering te gaan, neem ik er akte van dat u vasthoudt aan het systeem van programmering. Daarover kan men van mening verschillen. Dat is een debat tussen het Kenniscentrum Gezondheidszorg en uzelf in uw hoedanigheid van beleidsverantwoordelijke.

Ik meen dat wij moeten nagaan of het normaal is dat door een aantal achterpoortjes in de regelgeving, ik verwijs naar de dubbele tomografie, meer illegale medische handelingen dan legale handelingen worden terugbetaald. Dat is toch geen normale situatie. Wij moeten in eerste instantie nagaan hoe wij dat kunnen verhelpen, niet alleen vanuit de bezorgdheid om onze cijfers onder controle te houden, maar vanuit de nood in de instellingen zodat de toestellen kunnen worden gebruikt voor de mensen die ze echt nodig hebben.

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

10 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van INR-meters" (nr. 14114)**

10 **Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des appareils de mesure de l'INR" (n° 14114)**

10.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, mijn vraag heeft betrekking op de responsabilisering van patiënten die met de terugbetaling van de INR-meters toch op een vlottere manier hun bloedwaarden onder controle zouden kunnen brengen. De compliance en de follow-up van hun therapie zou daarmee zeker verhoogd worden. Ik heb u hieromtrent reeds een vraag gesteld op 18 juni 2008. Het ging toen om de verlaging van de btw zoals we dat reeds voor verschillende andere medische technologieën en apparatuur hebben gevraagd. Zoals ik zonet zei laten deze apparaten toe dat patiënten die een orale antistollingstherapie volgen zelf hun INR meten, uiteraard conform de guidelines of conform de afspraken die daaromtrent met hun behandelende geneesheer kunnen gemaakt worden. Dit wordt terugbetaald in de ons omringende landen. Blijkbaar zijn er reeds verschillende initiatieven genomen om die verlaging van de btw en die terugbetaling te bekomen. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg onderzoekt momenteel die terugbetaling. Het rapport loopt vertraging op.

Mevrouw de minister, kunt u nu reeds de voorbereidende werken doen om een dergelijke terugbetaling in de nomenclatuur te voorzien?

10.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Mme Avontroodt pose la question et puis y apporte une réponse.

Het KCE voert momenteel een zeer grondige studie uit. Wij verwachten de resultaten ervan in de loop van de maand oktober 2009. Bijgevolg ben ik niet van plan maatregelen te nemen in deze zaak alvorens ik kennis heb genomen van de inhoud van het studierapport. Afhankelijk van de conclusies en aanbevelingen die het KCE in dat rapport zal formuleren, zullen de verschillende instanties van het RIZIV de verschillende mogelijkheden bestuderen om een tegemoetkoming in de kosten van de INR-meters te verlenen; hetzij in het licht van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, hetzij in het raam van andere vergoedingssystemen.

10.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, u valt terug op het KCE. Inmiddels lopen er toch een aantal projecten bij huisartsen die reeds deelresultaten hebben opgeleverd. Kunt u met uw bevoegdheid voor Volksgezondheid deze deelresultaten door uw diensten reeds laten voorbereiden? Wij zullen de aanbevelingen krijgen van het Kenniscentrum, maar er zijn ook een aantal praktijkgerichte projecten. Bovendien is er ter zake een goed onthaald doctoraatsschrift. Professor Gadisseur van het UZA heeft ter zake ook gepubliceerd.

Ik zou u enkel willen vragen om ook met deze elementen rekening te houden. Net zoals in de vraag van collega Goutry wachten wij ook hier op het Kenniscentrum. Daar dient het ook voor. Ik zeg ook niet dat men op de resultaten moet vooruitlopen, maar het onderwerp van de studie van het Kenniscentrum is niet hetzelfde als de projecten die nu reeds worden gesteund. Het doctoraatsschrift en de publicatie van professor Gadisseur zijn ook elementen die in rekening kunnen worden gebracht.

10.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: On prendra tout en compte au moment de prendre la décision.

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

11 **Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opbrengst van de toepassing van de Kiwiprocedure op simvastatines" (nr. 14137)**

11 **Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le produit de l'application de la procédure KIWI aux simvastatines" (n° 14137)**

11.01 **Luc Goutry** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, een paar weken geleden heb ik al

een vraag gesteld over de Kiwiprocedure en meer bepaald de toepassing ervan op Zocor, op simvastatines. U hebt mij toen geantwoord dat de uitgaven voor dit product hierdoor daalden met 14,5 miljoen euro.

Ik heb intussen wat documentatie opgezocht en ben gaan grasduinen in het Morserapport. Ik heb vastgesteld dat dit wel eens een halve informatie zou kunnen zijn. Men moet het niet alleen bekijken op basis van de molecule, maar op basis van de productgroep, namelijk de cholesterolverlagers.

Het zou wel eens kunnen dat de uitgaven inzake simvastatine verminderd zijn, maar voor de andere statines zijn toegenomen. In dat geval hebben we geen enkele besparing gerealiseerd. Zoals ik de vorige keer al heb gezegd, heeft dat te maken met de onvolkomenheid waarop de Kiwiprocedure werd toegepast op simvastatine. Men heeft dat namelijk gedaan op het niveau van de molecule. Dit is volgens mij geen Kiwi. In een Kiwiprocedure, of een openbare aanbesteding, werkt men niet alleen op de molecule, maar op de hele groep geneesmiddelen die voor een bepaalde indicatie worden genomen. Men werkt niet op het niveau van ATC5, maar op het niveau ATC4. Men werkt dus niet op het niveau van simvastatine, maar op het niveau van alle statines, die allemaal dezelfde bedoeling hebben, met name het verlagen van de cholesterol. Als men dan tussen die producten een concurrentie zou organiseren, zou men een daling moeten hebben in de totale uitgaven voor producten voor die sector.

Ik baseer mij ook een beetje op de juridische en sociale evaluatie van het Kiwisysteem door het Kenniscentrum. Wanneer ik die studie doorneem, stel ik vast dat men het Kiwisysteem helemaal niet veroordeelt, integendeel. Men zegt letterlijk: "Uit de voor- en nadelen van het Kiwisysteem blijkt dat dit systeem kan worden verbeterd" - dat is evident aangezien het niet goed is toegepast -, "maar dat het een middel blijft om de uitgaven in de geneesmiddelensector omlaag te krijgen."

Ik verwijs ook naar een advies van de Inspectie van Financiën: De Inspectie van Financiën zegt dat men moet opletten indien zou komen vast te staan, hetgeen niet te hopen is, dat er later problemen zouden opduiken betreffende de leefbaarheid of de werkbaarheid van het stelsel van de ziekteverzekering. De hele idee van het Kiwistelsel heeft onmiskenbaar voordelen, en heeft dat ook bewezen in Nieuw-Zeeland. Men mag het niet zomaar overboord gooien. Dit werd verklaard door de Inspectie van Financiën die mee waakt over de uitgaven.

Bovendien zijn er verschillende referenties opgenomen in het rapport waarmee men wil zeggen dat men het kind niet met het badwater mag weggooien. Men moet het model verder ontwikkelen, maar men moet het juist ontwikkelen. Men moet erin slagen om het niet toe te passen op het niveau van de moleculen, maar men moet behoefteonderzoeken doen, op basis waarvan men dit kan toepassen voor een hele groep van geneesmiddelen.

Daarom geef ik mijn geloof in het model niet op. Ik erken dat het moet worden bijgestuurd. Ik heb trouwens altijd gezegd aan uw voorganger, minister Demotte, dat de toepassing op Zocor geen juiste toepassing van de Kiwiprocedure was. Men paste het toe op één product, maar dan heeft men per definitie geen prijsaanvraag, geen vergelijkingsbasis en dus ook geen concurrentie.

Mevrouw de minister, wat waren de uitgaven inzake de andere statines, meer bepaald Rosuvastatine en Atorvastatine, naast Simvastatine? Naast Zocor heeft men ook Crestor en Lipitor, om de merknaam te gebruiken. Indien er belangrijke verschuivingen zouden zijn, hoe kunnen deze in de toekomst worden opgevangen?

In dezelfde strekking zou ik graag ook uw mening over het beleidsinstrument kennen inzake de prijsvergelijking en openbare aanbesteding. In het regeerakkoord werd dit immers ook als een instrument vermeld om de prijs van geneesmiddelen te kunnen laten dalen.

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Goutry, je ne parlerai pas du système général kiwi, étant donné que nous en avons déjà beaucoup discuté et que nous savons qu'il faudra l'adapter. En outre, cela dépasserait largement le cadre de la question.

Pour reprendre à votre question sur l'évolution du prix des statines, la consommation des deux statines encore sous brevet, à savoir le Lipitor et le Crestor, exprimée en doses journalières a augmenté respectivement de 25% et de 53% en 2008.

La consommation de la Simvastatine, qui a fait l'objet du modèle kiwi, a augmenté quant à elle de 28%. C'est

un peu plus que pour le Lipitor.

Deze toenames liggen duidelijk hoger dan vorig jaar voor alle moleculen. Er is dus een globale toename van het voorschrijven van statines. Niets laat echter toe deze toename toe te schrijven aan de Kiwiprocedure. Men kan evenmin spreken van een switch naar de gebrevetteerde moleculen daar Simvastatine net zoveel toeneemt als Lipitor.

Wat de toepassing van de Kiwiprocedure betreft op een groep moleculen die toegepast worden voor dezelfde indicaties – bijvoorbeeld op alle statines – heb ik zeer veel voorbehoud. Enerzijds, zou het beperken van de terugbetaling tot één enkele molecule de gezondheid van de patiënt schaden. Simvastatine is bijvoorbeeld zeer efficiënt voor de overgrote meerderheid van de patiënten, maar een minderheid heeft een sterkere statine nodig. Het lijkt mij onaanvaardbaar die andere statine aan die patiënten te weigeren. Anderzijds, zou een dergelijk instrument een zeer groot aantal patiënten – soms honderdduizenden – verplichten van behandeling te veranderen, wat niet zonder risico is voor hun gezondheid en dus evenmin aanvaardbaar.

Een dergelijke beperking zou bovendien een radicale verandering noodzakelijk maken van de mentaliteit van de artsen, die geen enkele nieuwe molecule meer zouden moeten voorschrijven voor de gekozen klasse. In dat geval zou de patiënt gegijzeld worden en, om het voorbeeld van de statines te hernemen, tot 200 euro per doos moeten betalen.

Ik meen dus niet dat een Kiwiprocedure die uitgebreid wordt tot een enkele klasse een goed idee is.

11.03 Luc Gouty (CD&V): Wij kunnen alleen via onze parlementaire vragen bepaalde beleidsvraagstukken naar voren brengen. Ik begrijp wel, mevrouw de minister, dat u zegt dat u nu op dit debat niet ingaat, maar in uw antwoord brengt u precies elementen uit het debat naar voren. Het is dus een beetje moeilijk voor ons.

Laten wij echter bij de feiten blijven. Het is merkwaardig dat men enerzijds, een besparing doet van 14,5 miljoen op Simvastatine, maar dat men anderzijds, meer dan 18 miljoen uitgeeft aan andere statines. Het belang van de statines is natuurlijk in het algemeen gegroeid, ook dat van Simvastatine, maar men voelt dat er iets scheelt. Zolang niet de hele groep tegen elkaar uitgespeeld kan worden, krijgt men natuurlijk een verschuiving. Dat is evident. Men regelt de markt, men regelt het voorschrijfgedrag; dat weet iedereen. Nu is te zien hoe alle inspanningen ter zake verloren gegaan zijn. Wij hebben uiteindelijk meer uitgegeven, terwijl het de bedoeling was minder uit te geven. Dat komt natuurlijk omdat men het systeem niet in de lengte en in de breedte toepast. Dat is waarom het systeem teruggefloten is. Dat is ook waarom de firma's in beroep gingen tegen het systeem.

U zegt dat men er niet kan toe komen dat men maar één molecule meer terugbetaalt. In Nederland doet men dat nu ook al. Men heeft daar het preferentiebeleid. Daar werkt men met het principe "the winner takes it all". Een krijgt de terugbetaling, de rest niet meer. Men doet dat telkens voor zes maanden. Dat heeft absoluut geen kwalijke gevolgen voor de patiënten.

Bij statines blijkt bijvoorbeeld dat voor 80% van de mensen Simvastatine volstaat. 20% zal misschien andere, krachtigere middelen nodig hebben. Dat is therapeutisch perfect mogelijk, want volgens het Kiwimodel komt men tot de beste prijs, maar therapeutisch blijft er altijd een tegenstelbaar voorschrift mogelijk. Als een dokter vindt dat men therapeutisch niet geholpen kan worden met een algemeen aangenomen verlaagd middel, dan kan hij altijd een ander middel voorschrijven en dan moet dat ook aan de preferentiële prijs terugbetaald worden. Van patiëntengijzeling kan dus geen sprake zijn.

Het verheugt mij dat het Kenniscentrum mijn voorstel tot studieopdracht in een eerste lezing heeft behouden. Mij is het niet om het Kiwimodel te doen. Die naam is misschien ook vergiftigd. Ik wil ook geen Nieuw-Zeelands model in België invoeren. Ik wil wel een preferentiebeleid, zoals in Nederland, waarbij men bepaalde geneesmiddelen tegen elkaar kan uitspelen, als zij toch dezelfde werking hebben, zodat de concurrentie speelt. Men moet de markt gedurende een bepaalde, beperkte tijd transparant toekennen aan een bepaald bedrijf dat de laagste prijs heeft, zodat men concurrentie krijgt. Bij alle openbare werken of bij om het even wat wij doen vanuit de gemeenschap moeten wij altijd een aanbesteding doen en altijd naar de laagste prijs gaan. Voor geneesmiddelen, waarvoor wij vanuit de gemeenschap alles terugbetalen, laten wij de vrije markt echter volledig op zijn beloop.

Ik meen dat alle rapporten, bijvoorbeeld het rapport-Kroes, over generieken duidelijk aantonen dat, wanneer

wij geen modulering en moderatie in het prijzenbeleid inzake geneesmiddelen aanbrengen, dit de belangrijkste oorzaak zal worden van de onbetaalbaarheid van het gezondheidszorgsysteem. Daarvan ben ik ook persoonlijk echt overtuigd.

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

12 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitspraak van het Antwerpse hof van beroep inzake het koninklijk besluit tot het verbieden van het roken in openbare plaatsen" (nr. 14141)

- de heer **Jean Marie Dedecker** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het uitbreiden van het rookverbod" (nr. 14145)

- mevrouw **Sarah Smeyers** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitspraak van het Antwerpse hof van beroep inzake het koninklijk besluit tot het verbieden van het roken in openbare plaatsen" (nr. 14148)

12 **Questions jointes de**

- **M. Koen Bultinck** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le jugement de la cour d'appel d'Anvers concernant l'arrêté royal portant interdiction de fumer dans les lieux publics" (n° 14141)

- **M. Jean Marie Dedecker** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'élargissement de l'interdiction de fumer" (n° 14145)

- **Mme Sarah Smeyers** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le jugement de la cour d'appel d'Anvers concernant l'arrêté royal portant interdiction de fumer dans les lieux publics" (n° 14148)

Le **président**: M. Dedecker est absent.

12.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik heb uiteraard niet de ambitie om terug te komen op het plenaire debat van vorige week donderdag, toen we over de fameuze nieuwe rookwet hebben gestemd. Ik wil wel uitdrukkelijk terugkomen op een punctuele vraag, waarop donderdag, gezien de aard van het debat, geen antwoord is gekomen, al heb ik die toen in de inleiding van mijn betoog wel degelijk gesteld.

Eind juni werden wij geconfronteerd met een zeer merkwaardige uitspraak van het Antwerpse hof van beroep, mevrouw de minister, dat de fameuze restaurantuitbater van De Kleppende Klipper uit Mol vrijspak wat zijn interpretatie van het rookverbod betrof. De essentie van het arrest hield in dat het KB van 2005, dat de hele problematiek van roken in de horeca regelde, het grondwettelijke gelijkheidsbeginsel schond. Het hof achtte het onmogelijk dat men werknemers in eetgelegenheden anders zou beschermen dan werknemers in drankgelegenheden, in de enge betekenis van het woord. Dat is volgens mij een correcte samenvatting van de uitspraak van het Antwerpse hof van beroep.

Bij ons blijven in dat verband twee cruciale vragen overeind, mevrouw de minister.

Ik zou graag een politieke reactie krijgen op dat merkwaardig arrest, al was het maar in de wetenschap dat vorige week donderdag in de plenaire vergadering van de Kamer een aanpassing aan de rookwetgeving is goedgekeurd.

Zal de overheid in beroep gaan tegen de uitspraak? Hoe verhoudt de overheid zich ten opzichte van de uitspraak van het Antwerpse hof van beroep?

De Kamer heeft nu een aanpassing van de wetgeving goedgekeurd. Laten we ervan uitgaan dat ook bij de verdere parlementaire behandeling in de Senaat er geen fundamentele aanpassingen meer gebeuren. Dan blijft de vraag overeind of wij met die nieuwe aanpassing niet van de regen in de drop terecht komen. Dreigen wij in de toekomst niet met gelijkaardige uitspraken te worden geconfronteerd, al was het maar omdat de aanpassingen aan de rookwetgeving, zoals goedgekeurd in de plenaire vergadering van vorige donderdag, geen oplossing bieden voor de fundamentele kwestie waarop het Antwerpse hof van beroep ons wijst.

12.02 **Sarah Smeyers** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik heb dezelfde vraag, die ik niet wil intrekken. Eigenlijk is de agendering van de vraag nu compleet achterhaald, maar het was wel de bedoeling de vraag

te stellen tussen de behandeling van het wetsvoorstel in de commissie en de stemming ervan in de plenaire vergadering. Daarom zal ik mijn vragen nu enigszins moeten aanpassen, ook naar aanleiding van de uitspraak van het hof van beroep van Antwerpen, dat de restaurantuitbater van De Kleppende Klipper uit Mol - en niet De Klippende Klepper, zoals Jean Marie Dedecker in zijn vraag schreef – heeft vrijgesproken voor het negeren van het rookverbod. Het hof was van oordeel dat de vorige regelgeving inzake de rookwetgeving het grondwettelijke gelijkheidsbeginsel schond.

In de commissie was op dat moment de bespreking van de nieuwe regeling aan de gang, die vorige week werd goedgekeurd. Omdat ik geen voorstander ben van de goedgekeurde regeling, omdat mijns inziens ook die regeling discriminerend is, heb ik de vraag gesteld of u niet vreest dat er soortgelijke uitspraken zullen worden geveld. Mijn vraag is of u hierop zult anticiperen en of u alsnog iets zult doen om geen precedent te maken van die uitspraak van het hof van beroep te Antwerpen.

12.03 Minister **Laurette Onkelinx**: Volgens het arrest van het hof van beroep in de zaak-De Kleppende Klipper is het onderscheid, dat door het KB van 13 december 2005 wordt gemaakt tussen horeca-inrichtingen waar mag worden gerookt en horeca-inrichtingen waar niet mag worden gerookt, niet redelijk. Het hof is van mening dat, om toegelaten te zijn, een verschil in behandeling onder meer moet berusten op een objectieve en redelijke verantwoording, die wordt beoordeeld ten opzichte van het doel en de gevolgen van de desbetreffende maatregelen.

Wat het nieuwe wetsvoorstel betreft, heeft de Kamer duidelijk aangegeven dat in de discussie een belangenafweging moet worden gemaakt tussen de huidige economische situatie en de volksgezondheid. In de nieuwe wet, die vorige donderdag werd goedgekeurd in de plenaire vergadering, zijn alle parameters gepreciseerd die in de oude wetgeving tot verwarring hebben geleid. Er is dus geen ruimte meer voor interpretatie, denk ik. De grijze zones werden verduidelijkt, onder meer de regel van de 30% van het zakencijfer in voeding, die moeilijk, om niet te zeggen bijna onmogelijk te controleren was voor de inspectiediensten.

Bovendien heeft het nieuwe voorstel tot doel de discriminatie zoveel mogelijk te vermijden en waar nodig in een objectieve en redelijke verantwoording te voorzien. De doelstelling van het wetsvoorstel is eten en roken tegelijk niet meer mogelijk te maken. Zo zal er geen onderscheid meer zijn tussen de inrichtingen die eten serveren, aangezien die in de toekomst allemaal onderworpen zullen zijn aan het algemeen rookverbod.

Alleen de inrichtingen die uitsluitend drank serveren, mogen rokerszones behouden, waarbij tegelijk de hinder voor de niet-rokers wordt beperkt. Ik herinner er overigens aan dat het zakencijfer van de sector sinds de invoering van het rookverbod niet daalde als gevolg van dat verbod.

Je précise aussi que c'est un arrêt individuel qui ne vaut pas erga omnes. Une autre cour pourrait changer complètement d'avis. L'Ordre judiciaire ne peut pas non plus changer ou casser une loi. Tout le monde le sait ici.

Il y a une nouvelle loi, bien que tout dépende de ce que va faire le Sénat. Si cette loi est d'application au 1^{er} janvier 2010, je ne sais pas si on mange à "De Kleppende Klipper", mais si tel est le cas, en vertu de la nouvelle loi, on ne pourra pas y fumer. Il sera sous l'emprise de la nouvelle loi. S'il veut la contester, il doit tout recommencer à zéro!

12.04 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik vind het op zijn zachtst uitgedrukt toch wel een merkwaardig antwoord. Zelfs als niet-jurist weet ik dat een uitspraak van een rechtbank, ook al is dat het hof van beroep van Antwerpen, maar een uitspraak is.

Mevrouw de minister, ik zou u willen confronteren met de uitspraak van uw woordvoester. Zij liet nog even in het midden of de overheid al dan niet in cassatie zou gaan. Ik stel vandaag vast dat dat in het midden blijft hangen. U zegt dat u de indruk hebt ...

12.05 **Laurette Onkelinx**, ministre: Ce n'était pas un dossier contre nous. C'était en rapport à une poursuite du parquet.

12.06 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Daarover zijn wij het eens, mevrouw de minister, maar dat neemt niet weg dat de overheid een aantal stappen zou kunnen zetten. U maakt het er zich nu wat gemakkelijk

vanaf.

12.07 Laurette Onkelinx, ministre: Cela dépendait du ministre de la Justice. L'État (Santé publique) n'était pas à la cause.

12.08 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Zo kunnen we de schuld natuurlijk blijven verschuiven. Mevrouw de minister, laten wij trachten ernstig te blijven. De grondtoon van uw antwoord is: ik stel vast dat de nieuwe wetgeving die door het Parlement goedgekeurd is, minder of zelfs geen ruimte voor interpretatie overlaat.

Een deel van het arrest blijkt in uw visie dan zonder voorwerp te zijn. Daarentegen blijft mijn interpretatie van het arrest dat het probleem van de bescherming van werknemers die werken in eetgelegenheden versus de bescherming van werknemers die werken in drankgelegenheden, ten gronde nog niet opgelost is.

Uiteraard blijft de fundamentele vraag wat de gevolgen zijn voor de toekomst. Straks krijgt die wetgeving vermoedelijk de definitieve consecratie, nu zij in de Kamer haar weg afgelegd heeft, wanneer zij in de Senaat op dezelfde manier afgehandeld wordt. Ook al is het maar één arrest, het kan zijn dat het een bepaalde toon gezet heeft voor de wetgevingstechniek en voor de uitspraken van een aantal hoven.

Kortom, ik vermoed dat wij het dossier verder zullen moeten opvolgen. Volgens mij gaat u er iets te gemakkelijk overheen door te zeggen dat er wat u betreft geen ruimte meer is voor interpretatie van de nieuwe wetgeving en alle problemen van de baan zijn.

12.09 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de minister, u bent begonnen met uit te leggen hoe men tot de vaststelling van een discriminatie komt. Dat weten wij. Daarna verdedigde u de voorliggende wetgeving, die hier vorige week goedgekeurd is, enkel door te zeggen dat er een verduidelijking is. U verwijst daarvoor naar die 30%-regel. U trekt daaruit de conclusie, waarvan ik vorige keer gezegd heb dat het niet de bekommernis mag zijn van de commissie voor de Volksgezondheid, noch van de minister van Volksgezondheid, dat het beter te controleren valt.

Als dat het enige is wat wij gerealiseerd hebben met de nieuwe wetgeving, vind ik dat toch maar een mager beestje. Mijn vraag was of de discriminatie nu niet blijft. Ja, de discriminatie blijft. Zoals ook de heer Bultinck heeft gezegd, blijft de discriminatie bestaan tussen enerzijds, jeugdcafés en....

12.10 Laurette Onkelinx, ministre: Le débat a eu lieu en commission, très longuement, et en séance plénière durant toute une après-midi et un début de soirée! Nous n'allons pas le recommencer! Moi, je ne le recommence pas!

12.11 Sarah Smeyers (N-VA): Excuseer, maar onze vragen zijn ingediend voor de behandeling in plenaire vergadering. U mag niet zeggen dat wij het debat herbeginnen. Onze vragen waren ingediend. Dan hadden ze vorige week maar behandeld moeten worden, voor het plenaire debat. Wij kunnen er niet aan doen dat die vragen nu pas geagendeerd zijn.

La **présidente**: Mais vous terminez maintenant votre réplique.

12.12 Sarah Smeyers (N-VA): Er mag niet worden beweerd dat we het debat heropenen. Die vragen waren ingediend. Dan hadden ze vorige week maar gesteld moeten worden voor de plenaire vergadering. Wij kunnen er niet aan doen dat die vragen nu geagendeerd staan.

Mevrouw de minister, mijn vraag luidde of er zou worden geanticipeerd, of gepostcipeerd - als dat woord zou bestaan, bij dezen is het uitgevonden -, maar het antwoord is neen. We zullen dus wachten op de volgende uitspraak van gelijk welke rechtbank van ons land.

La **présidente**: Quel est le nom du professeur?

12.13 Sarah Smeyers (N-VA): Maddens!

12.14 Laurette Onkelinx, ministre: Peut-être qu'en Flandre, on pourrait essayer de "tirer jusqu'au bout" pour interdire dans tous les établissements néerlandophones...

La **présidente**: ...et convaincre les réticents à l'interdiction totale!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

En l'absence de Mme Schyns, sa question n° 14151 sera transformée en question écrite, vu les vacances.

La question n° 14164 de M. Bacquelaine est transformée en question écrite.

13 **Vraag van de heer Mathias De Clercq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de privé-klinieken voor plastische chirurgie" (nr. 14180)**

13 **Question de M. Mathias De Clercq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les cliniques privées de chirurgie plastique" (n° 14180)**

13.01 **Mathias De Clercq** (Open Vld): Mevrouw de minister, recentelijk verschenen in de media een aantal artikels omtrent een Nederlandse dokter wiens privéziekenhuis in Den Haag werd gesloten door de Nederlandse Inspectie voor de Gezondheidszorg. In het ziekenhuis vonden naar verluidt een aantal onaanvaardbare praktijken plaats: het gebruik van medicijnen waarvan de houdbaarheidsdatum was overschreden, het maken van incisies dwars over de tepel heen waardoor belangrijke zenuwen werden doorgesneden, het dichtmaken van de huid met nietjes, terwijl dat normalerwijs met hecht draad gebeurt, het gebruik van niet-steriele operatietafels enzovoort. Verschillende Nederlandse patiënten dienden klachten in tegen die dokter wegens mishandeling.

Als klap op de vuurpijl bleek ook dat die man gynaecoloog bleek te zijn en geen esthetisch chirurg. Desondanks alle voorgaande feiten bleef de betrokkene toch tewerkgesteld in ons land als plastisch chirurg in een Genkse wellnesskliniek. Dat voorval staat natuurlijk helaas niet op zichzelf. Regelmatig duiken allerlei verhalen op omtrent personen die zonder de vereiste kwalificaties worden tewerkgesteld in privéziekenhuizen.

Ten eerste, mevrouw de minister, hebt u er weet van dat dergelijke praktijken tevens in ons land zouden plaatsvinden?

Ten tweede, hoe worden die wanpraktijken volgens u het beste aangepakt?

Ten derde, hoe kan men volgens u het beste vermijden dat geschorste dokters uit een bepaald land simpelweg aan de slag gaan in een ander land? Zijn hieromtrent reeds initiatieven genomen in Europees verband?

13.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Ik kan bevestigen dat dokter Goerdin wel degelijk het voorwerp uitmaakte van een inspectierapport in Nederland.

Wat zijn activiteiten in België betreft, heeft de door u aangehaalde wellnesskliniek ons meegedeeld dat dokter Goerdin geen deel meer uitmaakte van de daar praktiserende personen.

Wat uw overige vragen betreft, er is in ons land geen registratie van de medische praktijken die buiten de verplichte ziekteverzekering vallen. Het is dus niet mogelijk te zeggen welke arts een bepaalde handeling verricht of een onderzoek doet wanneer die handeling niet wordt terugbetaald.

Op dit moment wordt de overheid alleen geïnformeerd wanneer er een klacht is, hoewel mijn administratie in 2008 een inspectiecampagne uitvoerde, beperkt tot briefwisseling en het melden aan de geneeskundige commissies, via analyse van de websites en de advertenties van de zogenaamde esthetische klinieken.

Ik ben voorstander van de invoering van een kaderwet voor de esthetische ingrepen. Er werden in die zin verscheidene wetsvoorstellen ingediend. De geneeskundige commissies zijn trouwens thans bezig met een project dat ertoe strekt mij op korte termijn een tekst voor te stellen.

Inzake uw meer algemene vraag over het opvolgen van de gezondheidszorgverstrekkers heeft Europa in 2007 het initiatief genomen voor het instellen van een systeem van informatieoverdracht over de beschermende beroepstitels, het IMI-systeem, dat gebruikt wordt in het proces van de gelijkstelling van de

titels. België is een van de landen die het systeem actief gebruiken.

Wij beschikken echter nog niet over een initiatief inzake de overdracht van disciplinaire sancties en van het deontologische register. Wij werken aan de invoering van een wetgeving in die zin, maar het is geen eenvoudig onderwerp en het is niet beperkt tot de beroepen die over een beroepsorde beschikken.

Op Europees niveau zijn de systemen van uitoefening van gezondheidszorgberoepen bovendien niet identiek, wat de problematiek uiteraard niet eenvoudiger maakt.

Ik zal niet nalaten om de aandacht van mijn Europese collega's op die kwestie te vestigen, bijvoorbeeld wanneer België in 2010 het Europees voorzitterschap zal waarnemen.

13.03 Mathias De Clercq (Open Vld): Mevrouw de minister, ik ben ervan overtuigd dat het inderdaad absoluut essentieel is om dat soort van onaanvaardbare praktijken in de toekomst echt te vermijden. De uitvoering van esthetische ingrepen moet absoluut aan strenge, stringente regels worden onderworpen, teneinde misbruiken te voorkomen. Wanneer geschorste dokters uit een bepaald land aan de slag gaan in een ander land, dan dient daartegen echt opgetreden te worden.

Een brede, geïntegreerde, Europese aanpak moet onze voorkeur wegdragen om die onaanvaardbare praktijken tot het verleden te laten behoren.

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

14 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparingen in de klinische biologie en medische beeldvorming" (nr. 14182)

14 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies réalisées en biologie clinique et imagerie médicale" (n° 14182)

14.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, men zou dit als een actuele vraag kunnen bestempelen, omdat tegen 15 juli, morgen, een consensus moet worden bereikt in de taskforce Klinische Biologie en Medische Beeldvorming.

Ik ga het niet hebben over het aandeel van de besparingen die u zoekt, maar wel over de verdeling ervan. Er bereikt mij een aantal gefundeerde berichten waarin men aandacht vraagt voor de zwakste schouders in deze. Men wil blijkbaar, maar ik wacht uw antwoord af, alle besparingen afwentelen op de ambulante sector. Dat is misschien eenvoudig en cru gezegd, maar zo wordt het door sommige leden van de taskforce naar voren geschoven. Misschien kunt u het met mij eens zijn, mevrouw de minister, dat er een billijke verdeling van de besparingen over de hele sector moet zijn. Ik vind het systeem om met een taskforce te werken zeer goed, indien alle vertegenwoordigers evenredig zouden zijn vertegenwoordigd. Dat blijkt echter niet zo te zijn.

De kostenstructuur bij de ambulante labo's is lager. Zij kunnen goedkoper werken, al was het maar omdat de infrastructuur niet wordt gesubsidieerd. Ik houd hier geen pleidooi om de ziekenhuislabo's een factuur te laten betalen. Ik houd ook zeker geen pleidooi om de volledige last op de schouders van de ambulante sector te leggen.

Mevrouw de minister, ik denk dat uw inbreng in deze cruciaal zou kunnen zijn om een billijke oplossing te vinden.

Het is niet zo dat de beroepsvereniging exclusief vraagt om die besparingen ten laste van de ambulante sector te leggen. Daarover wordt misschien niet altijd op de meest correcte manier gecommuniceerd.

Mevrouw de minister, ik heb hierover twee vragen. Ten eerste, zult u erop toezien dat de maatregelen die worden getroffen niet exclusief ten laste van de extramurale labo's worden gelegd, maar dat ze onder de begeleiding van de voorzitter van de taskforce billijk worden verdeeld? Zo ja, hoe zult u dat doen? Ten tweede, zult u desgevallend minstens overleg plegen met de vertegenwoordigers van de extramurale labo's,

die jammer genoeg niet in de taskforce zijn vertegenwoordigd?

14.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, Mme Avontroodt voudrait déjà discuter de ce que l'on va faire pour le budget 2010. Ce n'est pas encore le moment!

14.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): La décision interviendra pourtant demain.

14.04 Laurette Onkelinx, ministre: Pas du tout! La 'task force' aura pu dégager toute une série de pistes et arrêtera ses travaux. J'ignore si elle arrivera à une conclusion unanime mais elle déposera un travail que nous devons exploiter dans un sens ou dans l'autre dans le cadre du budget 2010. Nous n'en discuterons pas maintenant mais en automne. Je sais qu'il faut faire cent millions d'euros.

La **présidente**: Nous en discuterons donc dans le cadre de la discussion générale du budget.

14.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, ik heb begrip voor uw antwoord. U zegt dat er nog niets beslist is en dat u dus ook niets kunt antwoorden. Mijn vraag was echter enigszins anders. Ik vroeg of u bereid was om ook de vertegenwoordigers op te nemen die nu niet in de taskforce vertegenwoordigd zijn, namelijk de vertegenwoordigers van de ambulante sector.

14.06 Laurette Onkelinx, ministre: Il y a des délégués qui sont constamment retenus. Chaque fois qu'une association a demandé à nous voir, nous l'avons vue. Ce fut encore le cas aujourd'hui.

Nous sommes ouverts et la 'task force' a écouté tout le monde. Maintenant, c'est l'heure des conclusions. On verra ce qu'on peut exploiter mais il est beaucoup trop tôt pour s'exprimer.

14.07 Yolande Avontroodt (Open Vld): U bent tenminste bereid, vermits u zegt dat ze reeds gehoord zijn, om de extraneurale sector ook te horen.

14.08 Laurette Onkelinx, ministre: Oui, tout le monde!

(...): (...)

14.09 Yolande Avontroodt (Open Vld): Ce n'était pas ma question.

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

15 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "dementie" (nr. 14183)

- mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorg op maat bij dementerenden" (nr. 14344)

15 Questions jointes de

- Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la démence" (n° 14183)

- Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins sur mesure pour les personnes démentes" (n° 14344)

15.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag was al ingediend voordat het rapport van het Kenniscentrum werd gepubliceerd, waarin andere accenten werden gelegd voor de efficiënte behandeling van Alzheimerpatiënten. Mevrouw de voorzitter, het is een onderwerp dat misschien eens in het raam van de opvolging van verschillende resoluties in de commissie zou kunnen worden besproken, aangezien een aantal van de problemen reeds het voorwerp hebben uitgemaakt van resoluties over dementie en hersenaandoeningen. Ik denk dat we dit onderwerp op de agenda van onze commissie zouden kunnen plaatsen, mevrouw de voorzitter, uiteraard na het reces.

Mijn specifieke vraag is ook een beetje actueel en heeft te maken met een timing die werd vooropgesteld naar aanleiding van de vaststelling van de opleidingsvoorwaarden voor personen die als referentiepersoon

voor dementie zouden worden aangesteld. Het RIZIV zou 14 miljoen euro ter beschikking hebben gesteld voor de zogenaamde referentiepersonen voor dementie. Die referentiepersonen zouden op basis van hun cv moeten kunnen aantonen dat zij een opleiding of nuttige ervaring op het vlak van de verzorging van demente personen hebben genoten. De precieze opleidingsvoorwaarden zouden het onderwerp moeten uitmaken van een ministerieel besluit, dat reeds klaar zou zijn. De voorwaarden zouden niet voldoende duidelijk zijn omschreven en er zou in een te lange overgangperiode zijn voorzien.

Mevrouw de minister, vermits het ministerieel besluit er volgens mijn informatie begin juli zou moeten geweest zijn en wij nu zouden moeten kunnen starten, zoals ook aangekondigd in het plan voor de chronische ziekten – het budget van 14 miljoen euro is ter beschikking – heb ik de volgende vragen aan u.

Men had gezegd dat het ministerieel besluit er begin juli zou zijn. We zijn nu half juli. Wanneer zal bovenvermeld ministerieel besluit van kracht worden? Kunt u eventueel de inhoud van het ministerieel besluit toelichten?

De vraag komt uiteraard van op het terrein, uit de instellingen en de referentiecentra die ter zake heel goed werk hebben geleverd en ook die vraag krijgen. Zij willen wel mensen opleiden of een kortere opleiding geven, zodat de rusthuizen dergelijke referentiepersonen kunnen aanwerven. De centen zouden er immers zijn, maar het ministerieel besluit niet.

Mevrouw de minister, hebt u overleg gepleegd met de sector? Aan welke opleidingsvoorwaarden en overgangperiode denkt u?

La **présidente**: Il s'agit du même problème et les deux réponses pourront donc se suivre et se compléter.

15.02 Martine De Maght (LDD): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb er tijdens de verschillende debatten die daaromtrent al zijn gevoerd, al op gewezen dat er een gebrek aan voorzieningen voor dementerenden is.

Een recente doorlichting van het Federaal Kenniscentrum Gezondheidszorg, waarnaar ook mevrouw Avontroodt al heeft verwezen, geeft aan dat, omdat de werking van de huidige geneesmiddelen tegen de ziekte van Alzheimer beperkt blijft, de betrokken patiënten meer dan andere patiënten aangewezen zijn op goede mantelzorg van de mensen die hen omringen, met name partner, zus, familie, vrienden of burens.

Mensen worden, gelukkig maar, steeds ouder, waardoor de kans op dementie op latere leeftijd uiteraard ook groter wordt. Op medisch vlak zijn er de nodige evoluties geweest. Dementerenden zijn vandaag echter nog niet geneesbaar.

Het is tijd om tot actie over te gaan. Ondanks de bijkomende inspanningen die zowel op federaal als op Vlaams niveau in het kader van de thuiszorg zijn gebeurd, schiet de federale overheid op voornoemd vlak nog tekort.

Niet elk gezin, niet elk familielid en/of niet elke vriend of kennis heeft de mogelijkheid om zelf de zorg op zich te nemen van een Alzheimerpatiënt of dementerende. Zijn zij toch in de mogelijkheid, dan is er te weinig aandacht, appreciatie en ondersteuning vanwege de overheid. Het voorgaande situeert zich ook buiten de instellingen en niet in de instellingen zelf, waarnaar mevrouw Avontroodt verwees.

De huidige, residentiële voorzieningen zijn ofwel niet georganiseerd om zorgbehoevenden met het genoemde profiel op te vangen ofwel worden zij door het RIZIV onvoldoende of niet vergoed of gesubsidieerd. De subsidiëring die door het RIZIV voor residentiële opvang wordt aangeboden, gaat immers vooral uit naar CAT-schalen B, B+ en C. Dementerende Alzheimerpatiënten echter worden als O en meestal als A gecatalogeerd. Voornoemde categorieën komen niet of onvoldoende voor subsidie in aanmerking om mensen in residentiële opvang aan te trekken.

Alzheimerpatiënten zijn niet noodzakelijkerwijze – dit verklaart ook hun profiel – bedlegerig. Zij kunnen nog zelfstandig eten en zich zelfstandig kleden. Zij kunnen ook nog zelfstandig naar het toilet.

De residentiële opvang voor de zwaarst zorgbehoevenden wordt het best en het meest vergoed en door het RIZIV gesubsidieerd. De opvanginitiatieven die toch opvangmogelijkheid bieden, zijn bijgevolg meestal onbetaalbaar.

Ik heb dan ook de volgende vragen voor mevrouw de minister.

Hoe zullen de mantelzorgers voor dementerenden in de toekomst worden bejegend? Op welke manier zal de nodige, ook financiële ondersteuning worden gegarandeerd?

Ten tweede, hoe zal, gezien de vroegere, huidige en toekomstige problematiek met betrekking tot de residentiële opvang van dementerenden, het RIZIV de nodige actie ondernemen om residentiële opvanginitiatieven zoals rustoorden, woonzorgcentra en inloophuizen te ondersteunen en te motiveren om de opvang van de betrokken patiënten te verzorgen?

Zal de subsidieregeling worden herzien, zodat ook dementerenden toegang krijgen tot betaalbare, residentiële opvang?

15.03 Minister **Laurette Onkelinx**: De conclusies van het KCE tonen inderdaad aan dat een professionele en langdurige ondersteuning van de mantelzorgers de enige tussenkomst is die de opname van de patiënt in een instelling significant kan vertragen. Dit moet uiteraard onze beleidskeuzes oriënteren.

Samen met de Gemeenschappen en Gewesten hebben wij ons geëngageerd om de kwaliteit van de zorg te verhogen en om respijtstructuren te creëren met een verschillende opvang voor personen die aan Alzheimer lijden. In juni 2005 werd een derde protocolakkoord afgesloten tussen de federale Staat en de Gemeenschappen en Gewesten in het kader van het te voeren beleid betreffende de zorg voor ouderen. Dit akkoord legt het budgettaire kader van de investeringen in de zorg vast op meer dan 174 miljoen euro en is verdeeld over zes jaar, van 2006 tot 2011.

Dit protocol heeft onder meer tot doel om deze groep van demente personen maximaal thuis te laten blijven, onder meer door het ontwikkelen van verzorgingsvormen die de voornaamste mantelzorger ondersteunen. Daarom is tijdens de hele loopduur van dit protocol erin voorzien dat de Gemeenschappen en Gewesten in samenwerking met de federale staat 20% van de beschikbare middelen aanwenden voor het creëren van alternatieve zorgvormen en voor ondersteuning van de zorg. Dit vertegenwoordigt een budget van meer dan 42 miljoen euro over twee jaar, dus van 2010 tot 2011.

Vanaf 16 juli eerstkomend zullen de instellingen en organisaties van de residentiële sector of van de thuisverpleging een aanvraag kunnen indienen van onbepaalde duur voor de financiering van de alternatieve zorgvormen en voor de steun bij de zorg aan kwetsbare ouderen zoals de dementerenden. Met alternatieve zorgvormen en steun bij zorg beoogt men het creëren van een aanbod voor de kwetsbare ouderen die thuis leven, onder meer via nieuwe functies en activiteiten in de zorg en steun aan de verzorgenden. De alternatieve opvangmogelijkheden hebben niet alleen betrekking op het aanmoedigen van dagcentra en centra voor korte verblijven, maar ook op de samenwerkingsformules met de thuisverpleging en de residentiële opvang.

We kunnen als voorbeeld ergotherapie aan huis aanhalen, waarbij men de oudere en diens omgeving zal kunnen begeleiden om die persoon thuis te houden.

Dat geldt ook voor de psycholoog die de familie kan helpen om beter om te gaan met het agressieve gedrag van de dementerende. De ergotherapeut en de psycholoog zullen hier helpen aan het bevorderen van de levenskwaliteit van de patiënt, maar ook aan die van de mantelzorgers.

Voor de institutionele sector herinner ik eraan dat sinds 1 april 2008 de personeelsomkadering voor reactivering en zorg verhoogd werd met 0,8 fulltime-equivalent per 30 patiënten met een score van minstens 2 voor de oriëntering in tijd en ruimte.

Anderzijds, op 24 juni 2009 heeft de overeenkomstencommissie tussen de rustoorden en de verzekeringsinstellingen een ontwerp van ministerieel besluit besproken dat de financiering van de referentiepersonen dementie in de rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen regelt. Dit ontwerp van ministerieel besluit werd voorbereid in de werkgroep dementie van de overeenkomstencommissie.

In het ministerieel besluit zullen naast de financieringsregels eveneens de functieomschrijving van de referentiepersoon en de inhoud en de duur van de opleiding worden omschreven. Dit voorstel is onder meer gebaseerd op een voorstel van het Expertisecentrum Dementie Vlaanderen en werd verder uitgewerkt door

de sector.

Op vraag van de overeenkomstencommissie wordt in een overgangperiode van twee jaar voorzien waarbinnen de betrokken partijen de te geven opleiding kunnen voorbereiden. Via een circulaire van het RIZIV zullen de minimumvereisten voor deze opleidingen beschreven worden.

Na een verdere bespreking in de overeenkomstencommissie op 16 juli zal dit ontwerp van ministerieel besluit voorgelegd worden aan het verzekeringscomité. Belangrijk daarbij is te weten dat het hier gaat om een besluit dat volgens de wet op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan mij wordt bezorgd op voorstel van het verzekeringscomité.

Het zijn met andere woorden de partners uit de betrokken sector die de inhoud zelf bepalen. Het besluit zal na het doorlopen van alle procedures vermoedelijk van kracht zijn tegen 1 oktober 2009.

15.04 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitvoerig antwoord. Uw antwoord bevestigt dat het voor de instellingen die nu tot een aanwerving willen overgaan nog niet mogelijk is, want zij kennen de voorwaarden nog niet. Zullen zij dan ook pas op 16 oktober de voorwaarden kennen?

15.05 Minister Laurette Onkelinx: Het zal van toepassing zijn op 1 oktober, maar op 16 juli zal ik een voorstel van de verzekeringscommissie hebben.

15.06 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mag ik u dan vragen om net voor het reces nog een soort van omzendbrief naar de instellingen te sturen? Het programma, de aanwervingsvoorwaarden en de aanwervingen staan bij de meeste nu namelijk wel in de steigers. Zij weten dat het budget er is, maar zij willen natuurlijk ook wel tot de aanwerving kunnen overgaan. Is het nog mogelijk of haalbaar om die omzendbrief te maken voor de zorginstellingen?

15.07 Laurette Onkelinx, ministre: Je vais me renseigner.

15.08 Martine De Maght (LDD): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw omstandig antwoord. Ik moet eerlijk toegeven dat het twee verschillende vragen waren. Mijn bezorgdheid ging vooral uit naar het feit dat er vandaag onvoldoende opvangmogelijkheid is, vooral omdat de instellingen die zich vandaag bezighouden met de opvang van zorgbehoevenden, niet geneigd zijn om dementerenden op te vangen, omdat zij niet voldoende gesubsidieerd worden voor de personeelsomkadering. Tot mijn spijt heb ik u dat niet horen vermelden.

U spreekt wel over investeringen en het ondersteunen van mantelzorg. Dat kan ik alleen maar toejuichen, maar de instellingen zelf zijn vandaag nog altijd niet geneigd om alzheimerpatiënten op te vangen, omdat er, met hun zorgprofiel en met de score die zij behalen, vanwege het RIZIV onvoldoende subsidiëring tegenover staat om het personeel te bekostigen dat die mensen moet verzorgen. Het gaat inderdaad over een lagere score. Het zijn mensen die zeer veel toezicht en zeer veel opvang nodig hebben. Dat was de bezorgdheid die ik u wou meegeven. Daarop heb ik vandaag nog altijd geen antwoord gekregen, maar ik ben uiteraard zeer blij met de inspanningen inzake mantelzorg.

15.09 Laurette Onkelinx, ministre: Madame De Maght, je n'ai effectivement pas répondu à tout. Néanmoins, dernièrement, j'ai déjà largement répondu à une interpellation d'un membre de cette commission. J'ai voulu, à cette occasion, expliquer dans le détail tout le travail des cliniques de la mémoire, etc. Je me permets donc de me référer à cette réponse. Je ne me souviens cependant plus qui était l'interpellateur.

15.10 Martine De Maght (LDD): Geen probleem. Ik zal het opzoeken. Dank u in elk geval.

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

16 Vraag van mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de populariteit van onze vruchtbaarheidscentra bij buitenlanders" (nr. 14191)

16 Question de Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et

de la Santé publique sur "la popularité de nos centres de fertilité auprès des étrangers" (n° 14191)

16.01 Martine De Maght (LDD): Mevrouw de minister, ik heb vandaag al eens verwezen naar de media, en ik ga het opnieuw doen.

Op 30 juni konden wij in De Morgen lezen – en het heeft mij wel verbaasd, mevrouw de minister – dat er jaarlijks 10.000 Europese patiënten de Belgische grens oversteken om hier een vruchtbaarheidsbehandeling te ondergaan, en dat vanuit een zestal landen, die in het artikel opgesomd werden.

De Belgische fertiliteitscentra zouden 2.100 patiënten uit het buitenland behandelen, wat goed is voor 15% van het totale aantal patiënten dat zij behandelen. De grootste groep zijn de Franse lesbische koppels, gevolgd door de Nederlandse patiënten, met de meest voor de hand liggende redenen. Gezien de geaardheid van de lesbische koppels kunnen zij in eigen land niet geholpen worden, want in Frankrijk is de behandeling met donorsperma niet toegestaan. Wij hebben in onze fertiliteitscentra ook een soepeler beleid wat de leeftijdsgrens betreft. Bij ons ligt de grens op 45 jaar, terwijl zij in andere landen vaak 40 jaar is.

Wij hebben bovendien uiteraard een zeer goede reputatie, een waar wij trots op kunnen zijn.

Mevrouw de minister, ik krijg graag een antwoord op de volgende vragen.

Gezien de huidige vigerende wetgeving hebben vruchtbaarheidscentra er - vooral financieel - belang bij om zoveel mogelijk buitenlandse patiënten aan te trekken. Ik heb het nog niet gemerkt, maar ik verneem graag van u of u weet of er actief campagne wordt gevoerd om buitenlandse patiënten aan te trekken.

Wordt er in onze fertiliteitscentra met wachtlijsten gewerkt? Indien ja, blijven de Belgische koppels die vragende partij zijn voor hulp, voorrang krijgen op de buitenlandse koppels? Hoe garandeert u deze voorrang?

16.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, mevrouw De Maght, de wachttijd in de Belgische centra voor reproductieve geneeskunde is voor de bevolking van andere al dan niet Europese landen reëel.

Dit is te wijten aan talrijke factoren en staat niet alleen in verband met de door u aangehaalde problemen zoals organisatie van de zorg, wachtlijsten, of restrictievere wetgeving in bepaalde landen.

De Belgische wetgeving betreffende de reproductieve geneeskunde, en meer bepaald de erkenningsnormen van de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde A en B, garanderen een optimale kwaliteit op dit vlak. De Belgische centra hebben een uitstekende reputatie in het buitenland.

Er moet aan worden herinnerd dat de wetgeving met betrekking tot de terugbetaling van de behandelingen niet van toepassing is op de buitenlandse patiënten. Zij zijn onderworpen aan de modaliteiten voor terugbetaling van hun eigen land. De Belgische wetgeving betreffende terugbetaling ligt dus niet aan de basis van de populariteit van de Belgische centra.

Er zijn thans geen problemen op het vlak van de toegankelijkheid tot de zorg in het domein van de reproductieve geneeskunde. De behandeling van buitenlandse koppels heeft geen enkel nadelig gevolg voor de opvang van Belgische koppels.

16.03 Martine De Maght (LDD): Hoe garandeert u dat er geen nadelig gevolg is voor de Belgische koppels?

16.04 Minister Laurette Onkelinx: Dat wordt geconstateerd door de centra. Dat werd mij meegedeeld door mijn deskundigen.

Hebt u misschien een voorbeeld van een wachtlijst?

16.05 Martine De Maght (LDD): Neen. Ik denk dat u mij verkeerd hebt begrepen. Ik ben trots op het systeem dat wij hebben uitgebouwd.

Het is blijkbaar populair in het buitenland en dat is de aanleiding voor mijn vraag. Kunnen wij blijven

garanderen dat Belgische koppels voorrang blijven krijgen op buitenlandse?

16.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Totnogtoe wel.

16.07 **Martine De Maght** (LDD): Voor de centra zijn die buitenlandse koppels heel interessant omdat wij hier een systeem van terugbetaling hebben, wat ze niet hebben in het buitenland. Daardoor komt het volledige bedrag ten goede van de fertiliteitscentra.

Dat systeem is in het buitenland niet gekend, waardoor het volledig bedrag er ten goede komt aan de fertiliteitcentra zelf. Ik denk dus dat u mij verkeerd begrepen had.

Het was vooral mijn bezorgdheid dat u de voorrang zou kunnen blijven garanderen voor de Belgische koppels. Als u zegt dat dit kan, dan ben ik zeer tevreden met uw antwoord.

16.08 Minister **Laurette Onkelinx**: (...)

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

17 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het uitwijken van het bedrijf TiGenix naar Nederland" (nr. 14209)**

17 **Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la délocalisation de la société TiGenix vers les Pays-Bas" (n° 14209)**

17.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, dit is een vraag die ik niet graag stel, maar de feiten zijn de feiten. In het kader van het debat over de omzetting van de Europese richtlijn hebben wij de delocalisatie als mogelijk risico aangehaald en hoopten dat niet hoeven mee te maken. Ik heb echter in een persbericht gelezen dat onze vrees uitgekomen is. Het succesvolle Belgische biotech bedrijf TiGenix zal zijn nieuwste kraakbeenmiddel ChondroCelect niet in België commercialiseren, maar wel in Nederland. Dat is precies wat wij wilden voorkomen.

Het betreft uiteraard een privéinitiatief. Men geeft als motivatie, ook in de communicatie daaromtrent, de ingewikkelde constructie en de beperkingen die België in de wetgeving inschreef, alsook de vertragingen bij de uitvoering van de wetgeving. Daardoor zag het bedrijf zich genoodzaakt om uit te wijken naar Nederland, waar men de richtlijn eenvoudig heeft omgezet, zonder extra voorwaarden, zonder extra beperkingen en zonder complicaties voor de bedrijfs wereld.

Ik zal het debat niet overdoen, maar op een moment waarop we alle hens aan dek roepen om research, nieuwe ontwikkelingen en innovatie te stimuleren – ik denk dat geen enkele partij daar niet op inzet –, worden we hiermee geconfronteerd. Mevrouw de minister, daarom moet ik u tot mijn spijt deze vraag stellen.

Bent u op de hoogte van de beslissing van TiGenix? Ik heb slechts een passage aangehaald uit de communicatie ter zake. Zult u bij het schrijven van de uitvoeringsbesluiten complexiteit voorkomen, opdat niet nog andere biotechnische bedrijven, hightech bedrijven of bedrijven die met biotechnologie of lichaamsmateriaal werken, ons zouden verlaten?

17.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik heb het artikel inzake TiGenics in het dagblad De Tijd van 30 juni gelezen. Ik wil u wijzen op het feit dat ik gedurende meer dan 1 jaar op geregelde tijdstippen overleg heb gepleegd met zowel de overkoepelende organisatie bio.be als met TiGenics. Het overleg had betrekking op de totstandkoming van zowel de wet van 19 december 2008, als van de uitvoeringsbesluiten.

Wat de uitvoeringsbesluiten betreft, is in mei van dit jaar nog op mijn beleids cel uitvoerig overleg gepleegd met een vertegenwoordiger van bio.be en een vertegenwoordiger van TiGenics. De teksten zijn daar grondig besproken en bijgestuurd waar het aangewezen werd geacht. Uiteindelijk werd geen melding meer gemaakt van echte problemen. Er werd ook geen enkele allusie gemaakt op het feit dat TiGenics zich in Nederland zou vestigen.

In verband met de toepassing van de wet kan ik u wijzen op het feit dat voor autologe toepassingen zoals ChronoSelect er geen samenwerking met een erkende bank voor lichaamsmateriaal nodig is. Evenmin

belet de wet dat een onderneming die een erkenning als instelling zou verkrijgen, menselijk lichaamsmateriaal rechtstreeks zou kunnen verkrijgen vanuit andere landen van de Europese Unie, zonder dat hierin een Belgische bank voor menselijk lichaamsmateriaal zou moeten tussenkomen. Dat is ook duidelijk bevestigd aan bio.be en TiGenics.

Het zijn maar enkele illustraties van het feit dat de wetgeving veel meer genuanceerd is dan in het krantenartikel wordt beweerd.

Wel bepaalt de wet van december 2008 met het oog op de toegankelijkheid van de zorgverlening, in de brede zin van het woord, dat menselijk lichaamsmateriaal dat in België is weggenomen voor een allogene toepassing op de mens, moet worden verkregen door een bank voor menselijk lichaamsmateriaal of ten minste onder controle en verantwoordelijkheid van een dergelijke bank.

Hiertegenover staat dat de wet van 19 december 2008 zeer soepel is met betrekking tot de mogelijkheid voor het ter beschikking stellen van menselijk lichaamsmateriaal.

Ter zake verwijs ik onder meer naar het zogenaamde opting-out systeem, dat in bepaalde gevallen de uitdrukkelijke toestemming vervangt.

Ten slotte wil ik nog de aandacht vestigen op een passage in voormeld krantenartikel. Ik citeer. "Beyen relateert in een adem wel de impact op zijn bedrijf. Ook andere factoren, zoals logistieke en financiële steun, bepaalden de keuze voor Nederland. Wij hebben sowieso de ambitie om een wereldleider te worden. Dan moet je breder kijken dan België". Deze passage bevestigt duidelijk dat een dergelijke beslissing inzake vestiging van een bedrijf niet meteen is ingegeven door de wetgeving inzake lichaamsmateriaal, maar vooral door financiële en logistieke factoren.

17.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, dat is juist. Het gaat om financiële en logistieke factoren. Logistiek is uiteraard niet uw competentie. Niettemin blijft het een aandachtspunt voor de regering dat financiële stimuli voor research, ontwikkeling en innovatie ter zake zinvol zijn.

Het is juist dat niet alleen de wet een bepalende factor is. Mevrouw de minister, ik heb de door u geciteerde passage ook gelezen. Ik heb mijn vraag behoorlijk genuanceerd geformuleerd. Ik ben op de communicatie teruggevallen. U antwoordt dat er met uw kabinet goed overleg is gepleegd en dat er "en cours de route" een aantal voorstellen werd geformuleerd. Hoewel de financiële stimuli voor research en innovatie niet rechtstreeks uw bevoegdheid zijn, blijven zij sowieso de bevoegdheid van de huidige regering. Ik vraag om dergelijk verloop en dergelijke drain van innoverende bedrijven als aandachtspunt te beschouwen. Ik vraag ook dat u samen met uw regeringscollega's aan de problematiek zou werken.

U kunt het toch met mij eens zijn dat zij de toekomst van ons land zullen zijn.

17.04 Laurette Onkelinx, ministre: Dans un deuxième plan de relance.

17.05 Yolande Avontroodt (Open Vld): Par exemple, oui. Je ne pense pas qu'il soit nécessaire de toujours attendre.

La **présidente**: Vous avez raison d'évoquer les politiques de soutien aux entreprises et aux nouvelles technologies, mais nous n'allons pas élargir le débat maintenant.

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

La question n° 14243 de Mme Meyrem Almaci est transformée en question écrite.

18 Question de M. Olivier Destrebecq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les parabens" (n° 14259)

18 Vraag van de heer Olivier Destrebecq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "parabenen" (nr. 14259)

18.01 Olivier Destrebecq (MR): Madame la ministre, les parabens (parahydrobenzoates de leur vrai nom) sont des substances chimiques utilisées mondialement comme conservateurs. On les trouve aussi bien dans les shampoings, gels pour cheveux, lotions pour le corps, que dans les crèmes solaires, crèmes à raser et le maquillage.

Les scientifiques s'inquiètent désormais de l'émergence de certains parabens. Selon eux, ils peuvent provoquer des cancers et des problèmes de fertilité. Certains, autrefois considérés comme des valeurs sûres, peuvent se transformer et produire des radicaux libres, responsables du vieillissement prématuré de la peau, voire provoquer des cancers de la peau. L'alcool, souvent intégré aux formules des cosmétiques, augmente quant à lui la pénétrabilité de l'épiderme, et donc l'infiltration des parabens. Utilisés dans la fabrication de cosmétiques pour assurer leur conservation, il semblerait qu'ils coûtent cher à notre santé!

Madame la ministre, disposez-vous d'informations plus précises et des études scientifiques qui confirmeraient les éléments que je viens de mettre en évidence? Le cas échéant, ne faudrait-il pas envisager des études approfondies pour connaître les véritables risques liés à ces produits utilisés quotidiennement par les consommateurs? Il serait important d'informer éventuellement les utilisateurs de ces produits des dangers potentiels qu'ils encourent. Vous avez mis un plan important en œuvre pour la lutte contre le cancer; que comptez-vous faire au sujet de cette problématique si elle s'avérait justifiée?

18.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Destrebecq, les parabens sont des agents anti-microbiens utilisés comme conservateurs dans différents types de produits, tels que les cosmétiques, les médicaments et les denrées alimentaires.

Comme vous le savez, les produits cosmétiques sont réglementés au niveau européen par la directive 76/768 qui a été transposée en Belgique par arrêté royal du 15 octobre 1997. Cette directive "cosmétiques" prévoit deux mécanismes qui se superposent pour assurer la sécurité des cosmétiques mis sur le marché, à savoir l'évaluation de la sécurité pour la santé humaine de chaque produit cosmétique fini, d'une part, et des restrictions liées à certains ingrédients dont les agents conservateurs qui ne peuvent être utilisés que dans le respect des conditions et limites fixées, d'autre part.

Ces restrictions sont établies sur la base des évaluations de sécurité réalisées par le Comité scientifique européen des produits de consommation, le CSPC, et par les comités scientifiques antérieurs, en prenant en compte l'ensemble des données toxicologiques disponibles.

Les parabens sont autorisés dans les produits cosmétiques moyennant le respect de concentrations maximales. La question de leur sécurité d'utilisation ayant été soulevée, des études scientifiques complémentaires ont été demandées en vue d'une réévaluation par le CSPC. Dans son avis du 24 juin 2008, le CSPC a conclu que le méthylparaben et l'éthylparaben sont sûrs quant aux concentrations autorisées. Pour les autres parabens, notamment le propylparaben et le buthylparaben, l'évaluation de sécurité n'a pas pu être finalisée car des données complémentaires sont encore attendues et devront encore être examinées par le Comité scientifique européen. Sur la base de ses conclusions, il sera possible de déterminer si des restrictions supplémentaires sont nécessaires. Si c'est le cas, il va de soi que je donnerai immédiatement instruction à mon administration de défendre, au niveau européen, la mise en œuvre rapide de ces nouvelles mesures.

18.03 Olivier Destrebecq (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse. Il n'y a pas grand-chose à ajouter, si ce n'est que vous ne disposez pas de la totalité des éléments. Puis-je vous demander de m'informer dès que vous aurez obtenu les résultats de ces études?

Je reste cependant convaincu qu'une communication à ce sujet, en attendant ces éléments, serait une bonne formule, sans pour autant céder à la panique. Vous en êtes seule juge et je vous fais entière confiance à ce niveau-là.

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

La **présidente**: La question n° 14339 de M. Arens est transformée en question écrite.

19 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les erreurs médicales" (n° 14347)

19 **Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de medische fouten" (nr. 14347)**

19.01 **Josée Lejeune** (MR): Madame la ministre, des études relayées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) démontrent que, dans les pays industrialisés, des complications graves surviennent dans 3 à 16% des interventions chirurgicales avec des taux d'incapacité définitive et de mortalité variant de 0,4 à 0,8%. Toujours selon l'OMS, environ un million de personnes décèdent chaque année des suites d'une intervention chirurgicale. En fait, on distingue trois causes principales de mortalité en chirurgie: les infections, les complications liées aux hémorragies et la sécurité de l'anesthésie.

Afin de réduire les risques de complication et de mortalité liés à l'intervention chirurgicale, l'OMS a publié une série de recommandations en proposant notamment de soumettre les praticiens à une check-list qui contient pas moins de dix-neuf vérifications systématiques à faire à voix haute avant, pendant et après une intervention.

Cette check-list de sécurité a été expérimentée par une équipe de chercheurs internationaux avec succès. Les conclusions démontrent qu'environ un tiers des décès et complications graves a été évité.

Chez nos voisins français, la Haute Autorité de Santé vient d'adopter la check-list de l'OMS pour la sécurité des soins chirurgicaux et elle sera rendue obligatoire dès janvier 2010. Selon la ministre de la Santé française, cette généralisation de la liste de sécurité constitue "un outil essentiel en vue de la réduction de morbi-mortalité périopératoire".

Dans notre pays, les blocs opératoires suivent, selon des modalités diverses, des procédures de vérification afin de maximiser la sécurité des patients.

Madame la ministre, j'aurais souhaité connaître votre point de vue par rapport à cette liste de sécurité.

Ma deuxième question a trait aux données chiffrées qui peuvent, si vous le souhaitez, m'être communiquées par écrit. Cela concerne les statistiques relatives aux complications et/ou décès suite à une erreur médicale, ainsi que les causes précises et le suivi.

La sécurité des patients dans les établissements hospitaliers fait partie intégrante de la politique de santé menée dans notre pays. Lorsque je vous ai interrogée en séance plénière au sujet des maladies nosocomiales, vous aviez insisté sur le fait que votre département mettait un point d'honneur à prendre toutes les mesures en vue de diminuer leur importance. Qu'en est-il des mesures en vue de limiter les erreurs médicales?

Votre administration a-t-elle évoqué avec les établissements hospitaliers de soins et les professionnels de la santé l'éventualité de rendre systématique et de façon homogène une liste de sécurité comme le recommande l'OMS?

19.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Madame la présidente, chère collègue, j'ai pris connaissance de la check-list chirurgie élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé. En janvier 2009, "The New England Journal of Medicine" a publié l'article de M. Haynes "A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population" qui démontre une réduction significative des taux de complications et de mortalité suite à la mise en place de la check-list chirurgie.

J'ai demandé à mon administration d'élaborer une proposition qui doit permettre la mise en œuvre de cette check-list chirurgie. Des contacts seront pris avec la Société belge de chirurgie, la Société belge d'anesthésie et de réanimation, l'Association francophone des infirmiers de salles opératoires de Belgique (AFISO) et son homologue flamand VVO afin d'élaborer un plan d'action. Une communication à ce sujet sera organisée après l'été, lors du 3^e symposium Sécurité des patients, qui sera organisé en novembre 2009; une demi-journée sera d'ailleurs consacrée à la sécurité dans le bloc opératoire.

Ensuite, une analyse de la banque de données RCM (résumé clinique minimum) du SPF Santé publique pour l'année 2000 suggère que la situation en Belgique est quasi identique à celle d'autres pays. Au moins un incident se produit chez 6% des patients chirurgicaux et 7% des patients non chirurgicaux au cours de leur hospitalisation.

Enfin, un plan pluriannuel 2008-2012 est proposé à tous les hôpitaux belges dans le cadre du contrat "Coordination qualité et sécurité des patients". En 2008, 90% des hôpitaux ont participé de manière volontaire à ce contrat dans lequel un volet est entièrement dédié au développement d'un système de gestion de la sécurité. Chaque année, les hôpitaux participants s'engagent à développer progressivement la sécurité des soins. Le SPF Santé publique soutient les hôpitaux dans leurs efforts pour rendre les soins plus sécurisants en organisant des ateliers théoriques et pratiques sur différents éléments de la sécurité des patients.

La sécurité dans le bloc opératoire sera une action spécifique, mais complémentaire au développement d'un système de gestion de la sécurité.

Dans le cadre du plan pluriannuel, une mesure relative à la sécurité a été imposée en 2007. Sur base volontaire, 135 des 164 hôpitaux ont mis leurs données en commun, ce qui a permis de rédiger un rapport avec les résultats pour plus de 50.000 professionnels de la santé, médecins inclus. À partir de cette mesure, les hôpitaux ont dû développer en 2008 deux actions d'amélioration au sein de leur institution, ainsi qu'un plan institutionnel pour la gestion de la sécurité. À partir de 2009, tous les hôpitaux doivent mettre un système de récolte d'incidents en place. Ce système de récolte d'incidents et de presque accidents a pour but de rassembler les données sur les incidents, d'analyser ceux-ci de manière rétrospective et, évidemment, d'en tirer des leçons.

19.03 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, je vous remercie. Un travail a donc déjà été réalisé par l'intermédiaire de votre département. Comme vous l'avez dit, il est important d'élaborer un plan d'action le plus vite possible, j'espère, afin d'harmoniser les vérifications existantes. Il faut reconnaître que, dans certains blocs opératoires, des vérifications sont déjà faites, peut-être pas de la même manière que prônée par l'OMS, mais il serait intéressant de les rendre systématiques et peut-être de les harmoniser à l'ensemble de notre pays.

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

La **présidente**: La question de M. George a été transformée en question écrite. Mme Nyssens n'est pas là pour poser sa question n° 14390 et ne s'est pas excusée: sa question et celle de Mme Schyns seront donc retirées.

20 Question de Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'agrément des médecins spécialistes maîtres de stage" (n° 14405)

20 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van geneesheren-specialisten stagemeesters" (nr. 14405)

20.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Nous arrivons à la fin de l'année parlementaire. Or il y a un an, je vous interpellais sur la situation problématique des candidats stagiaires spécialistes en médecine dans les hôpitaux, plus particulièrement de la difficulté pour eux à disposer d'un nombre suffisant d'heures de récupération après de longues gardes et d'un nombre maximum hebdomadaire d'heures prestées. Vous m'avez répondu que vous alliez mettre en place un groupe de travail avec le ministère de l'Emploi compétent en matière de temps de travail et avec d'autres intervenants.

Fin 2008, deux premières inspections ont eu lieu par les services dépendant de vos compétences qui ont mis en évidence des problèmes dans l'organisation et dans le suivi des stages et des rapports entre maîtres de stage et stagiaires. La Chambre a organisé des auditions des étudiants, des candidats stagiaires, des représentants des universités, des hôpitaux universitaires, des hôpitaux dits périphériques pour aborder ces problèmes. Il est apparu qu'au-delà de la législation sur le temps de travail, il y avait d'autres dispositions à prendre pour améliorer les conditions de stage et la formation. Il y a quelques semaines, on a appris que certains maîtres de stage n'avaient pas vu renouveler leur agrément. Les exigences administratives ou académiques auraient été trop strictes et trop lourdes pour les maîtres de stage.

Je sais que le contrôle du temps de travail n'est pas de votre compétence mais de celle de la ministre de l'Emploi. Néanmoins, les inspections par vos services ont-elles permis de relever les problèmes rencontrés dans la qualité des stages et des formations? Le temps de travail et de récupération est-il pris en compte malgré tout? Est-ce un élément qui pourrait empêcher le renouvellement de l'agrément des maîtres de

stage?

La rémunération des gardes effectuées par les candidats spécialistes est un autre problème, tout aussi compliqué. Lors de nos discussions, nous avons constaté des disparités importantes entre services et entre hôpitaux. D'après mes informations, des candidats stagiaires assurent les gardes eux-mêmes et font tourner l'hôpital pour 60 euros la semaine. Ils ont des problèmes avec leurs maîtres de stage quand ils les dérangent la nuit. Les inspections et les investigations du groupe de travail ont-elles fourni des éléments en la matière?

Cela n'a qu'un lien indirect avec ce qui précède mais de futurs médecins spécialistes européens viennent pratiquer et se former par des stages dans nos hôpitaux. Sont-ils soumis aux mêmes conditions que les candidats stagiaires ou, en raison de leur origine, disposent-ils de conditions plus ou moins avantageuses que ceux-ci? Connait-on la proportion de ces candidats stagiaires prévue pour 2009-2010? Cela n'a pas de lien direct mais cela a un impact sur les quotas INAMI et donc sur le nombre de candidats stagiaires et peut-être sur le partage du travail entre un plus grand nombre de têtes. Enfin, c'est également en lien avec les conditions et le nombre de ces stagiaires: la commission de planification devait remettre un avis fin juin. Je n'ai pas vu d'informations sur cet avis, au sujet notamment des différentes spécialités. Avez-vous lu cette recommandation? Pouvez-vous nous livrer son contenu?

20.02 Laurette Onkelinx, ministre: Je regrette qu'il n'y ait pas plus de monde, car cela vaut la peine de faire le point sur cette question intéressante mais très complexe.

Vous devez savoir qu'à ma demande les services compétents du SPF ont entrepris plusieurs actions que je résume. D'abord, ils ont élaboré un premier inventaire de la situation barémique des candidats spécialistes dans les services de stage. Bien que les résultats ne permettent pas de tirer une conclusion univoque, des écarts ont été mis en évidence entre la norme prévue par l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 et la réalité.

Je rappelle que cet arrêté prévoit que les maîtres de stage s'engagent à faire bénéficier leurs candidats spécialistes d'une rémunération équitable, laquelle est définie en référence au traitement brut d'un conseiller adjoint de la fonction publique fédérale avec la même ancienneté. Il ressort de ce premier inventaire que bon nombre d'institutions dépassent ce montant et que d'autres en sont restées à un nombre insuffisant, ne tenant visiblement pas compte de la revalorisation des salaires opérée dans l'administration. J'envisage d'adresser une circulaire à toutes les institutions pour leur rappeler leurs obligations.

Par ailleurs, une grande action de renouvellement des maîtres de stage arrivés à terme a été lancée. Plusieurs d'entre eux ont vu leur agrément de nouveau soumis à l'avis du Conseil supérieur, de sorte qu'il puisse analyser leur dossier en étudiant notamment la conformité de leur pratique aux critères généraux fixés par l'arrêté ministériel.

Mon administration a également enquêté sur l'usage possible des rapports fournis par les stagiaires en formation sur les services dans lesquels ils ont presté. Je dois toutefois signaler que, même si cette étude révèle peu de problèmes dans l'ensemble, elle présente un caractère relativement restreint.

Le SPF analyse en ce moment le respect des critères relatifs au nombre de stagiaires attribués par maître de stage et rédigera sous peu un courrier de notification des problèmes destiné aux commissions d'agrément concernées. Il établit aussi à ma demande un plan d'inspection de plusieurs services.

Ensuite, toute violation des critères d'agrément peut justifier le retrait de celui-ci, sous réserve du respect du principe de proportionnalité. Ce retrait est opéré soit à l'initiative du Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes soit à mon initiative mais, dans ce cas, avec l'avis du Conseil.

Le respect des heures de garde fait bien entendu partie des éléments sur lesquels une grande attention est portée. Il faut toutefois mentionner que la situation n'est pas aussi univoque que l'on pourrait penser. On voit ainsi des stagiaires demander eux-mêmes à faire des gardes, tandis que certains types de spécialistes n'en prestent jamais, alors qu'il s'agit d'un critère général d'agrément. Une mise à jour de ces critères est sans doute nécessaire, mais ce travail ne peut se faire sans une analyse approfondie et des prises d'avis multiples.

Troisièmement, le bilan dont vous parlez n'a à ce jour pas été dressé. En vertu de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999, les dispositions relatives aux prestations de garde à remplir et leurs règles particulières de compensation relèvent des rapports juridiques entre l'hôpital et les candidats, lesquels rapports sont

formalisés dans la réglementation particulière. Cette dernière est établie après concertation entre les candidats et l'hôpital et doit être soumise à l'approbation du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Ce processus-là est en cours, mais je dois bien avouer que la disparité des règlements existants rend l'opération assez complexe.

Quatrièmement, il n'est pas possible de savoir précisément dans quelle institution vont pratiquer les spécialistes tant belges qu'européens ou non-européens. Dès que ceux-ci ont reçu le droit de pratiquer en Belgique, ils peuvent en effet exercer n'importe où. N'ayant pas obligatoirement de cabinet et n'étant pas obligatoirement employés par une institution, l'enregistrement de leurs activités n'est pas faisable à ce stade.

Enfin, pour répondre à votre question sur les dernières propositions de la commission de planification, je peux vous indiquer que la commission a proposé les trois mesures suivantes, qu'il ne faut pas considérer comme définitives, car ils attendent le cadastre pour les médecins spécialistes à la fin de l'année. C'est une première réponse. Tout assouplissement est bon à prendre, même s'il est modeste. Un, suite à une première analyse du cadastre des généralistes, une augmentation des quotas de généralistes à 400 au lieu de 360 à partir de 2016. Deux, le doublement du quota d'urgentistes. Trois, la création d'un quota minimal de vingt gériatres par an.

La commission de planification souhaite attendre l'enquête sur les spécialistes prévue fin de cette année pour avoir une vision plus globale et faire d'autres propositions concernant la planification.

20.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Merci pour votre réponse. Ce groupe de travail mixte continue alors sa mission sur les différents aspects. Y a-t-il des représentants des stagiaires dans ce groupe de travail?

20.04 Laurette Onkelinx, ministre: En tout cas, c'est fait avec des représentants de stagiaires. Mais sont-ils associés aux discussions de manière officielle ou informelle, je ne le sais pas; je devrais le demander à la personne qui a tous les contacts. Ils sont en tous les cas consultés.

20.05 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Il est vrai que c'est un véritable chantier. Lors des auditions, j'ai été frappée par le fait que certains hôpitaux universitaires avaient fait un effort pour formaliser le parcours de formation, d'évaluation et les exigences. Pour d'autres, c'était impensable.

Des échéances ont-elles été fixées, de manière à ce que nous puissions suivre l'évolution?

20.06 Laurette Onkelinx, ministre: Non, il n'y a pas d'échéance précise mais je vous invite à me réinterroger tous les six mois.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

21 Question de Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les liens à établir entre la santé des patients et celle des prestataires de soins en hôpital" (n° 14406)

21 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de link die moet worden gelegd tussen de gezondheid van de patiënten en die van de zorgverstrekkers in ziekenhuizen" (nr. 14406)

21.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, j'ai interrogé la ministre de l'Emploi la semaine passée à propos d'une travailleuse de la pharmacie de l'hôpital du Bois de l'Abbaye à Seraing, qui a donné naissance à un bébé malformé, ainsi que d'une grossesse qui se serait mal passée pour une autre employée, et du lien qu'il pourrait y avoir avec leurs conditions de travail. Il apparaît que la hotte d'un appareil qui fabrique des médicaments contre le cancer envoyait des vapeurs toxiques dans le visage des personnes qui l'utilisaient. Manifestement, si je me réfère aux dires des travailleurs de cet hôpital, cela fait plus ou moins un an et demi qu'il y a des divergences de vues entre direction et travailleurs quant à la maintenance et à la qualité du matériel et à l'exposition des travailleurs. Il apparaît maintenant que cette hotte était effectivement bouchée et qu'il faut procéder à son remplacement.

Je sais que la sécurité des travailleurs, y compris dans les hôpitaux, est du ressort de la ministre de l'Emploi. Les patients sont confrontés aux maladies nosocomiales et aux risques thérapeutiques, ce qui peut être lié à

des comportements inadaptés ou à des informations mal communiquées ou parfois aussi à des problèmes organisationnels et relationnels au sein des hôpitaux. La frontière entre patient et personnel soignant n'est pas toujours si facile à établir au niveau des mesures à prendre pour protéger leur santé.

En plus des dispositions relatives au bien-être et à la sécurité et à la santé des travailleurs, y a-t-il un suivi de la santé des travailleurs en milieu hospitalier et une mise en place systématique d'un suivi lorsque de nouvelles technologies sont utilisées?

L'INAMI ou le SPF Santé publique pourraient-ils avoir un rôle d'alerte à jouer, car ces nouvelles technologies utilisées par les acteurs de la santé comportent parfois des risques, qui ne sont pas toujours faciles à appréhender sous l'angle du bien-être et de la protection au travail?

21.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Gerkens, il existe plusieurs systèmes qui assurent un suivi des professionnels de la santé et qui complètent les dispositions découlant des lois relatives au bien-être, à la protection ainsi qu'à la sécurité des travailleurs.

Pour ce qui concerne la radioprotection, il y a un monitoring des rayons ionisants en radiothérapie, imagerie médicale, médecine nucléaire et dans le quartier opératoire.

L'Institut scientifique de santé publique organise, depuis quelques années, une surveillance d'accidents exposant au sang. Cette surveillance n'est pas obligatoire. Certains hôpitaux mettent en place, sur une base volontaire, d'autres systèmes de monitoring (accidents liés aux éclaboussures, taches, etc.) ou mesurent, de manière régulière, d'autres problèmes liés à des expositions spécifiques, par exemple la présence de cytostatiques par des frottis dans les endroits où les produits sont employés.

Pour la sécurité des patients, le SPF Santé publique demande aux hôpitaux qui ont souscrit au contrat "Coordination de la qualité et de la sécurité des patients" de mettre sur pied un système de rapportage et d'apprentissage des incidents et presque accidents survenus chez les patients au cours de leur prise en charge. Un système similaire pourrait d'ailleurs être mis en place pour les professionnels de la santé. Certaines firmes qui fournissent le logiciel pour le rapportage des incidents ont également intégré l'enregistrement d'accidents qui surviennent chez les professionnels de la santé en milieu hospitalier.

Voilà, madame Gerkens, les éléments qui m'ont été transmis. Pour ma part, je suis ouverte à toute proposition éventuelle.

21.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, j'ai vraiment été interpellée par cette situation. Nous avons suivi, avec l'Agence de contrôle nucléaire, l'exposition de patients et de travailleurs à la radioactivité. C'est ainsi que nous nous sommes rendu compte du dysfonctionnement en la matière, de l'absence d'un cadastre et d'un suivi correct, résultant du fait qu'au sein de l'Agence cette mission de sécurité était tombée en désuétude, ce qui peut arriver dans toute organisation d'ailleurs.

J'ai également pensé aux accidents survenus et au personnel qui s'est retrouvé infecté par l'hépatite C, à la suite de manipulations de seringues, etc. À un moment, donné, une vigilance accrue doit être exercée. Effectivement, le SPF Santé et l'INAMI pourraient jouer un rôle, dont la forme reste encore à déterminer avec le personnel, les comités de protection des travailleurs, etc. Il n'existe pas de solution toute faite.

Je suis consciente de l'ampleur que nécessite la concrétisation d'une telle solution en raison de l'interactivité des structures différentes.

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

*La réunion publique de commission est levée à 17.59 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.59 uur.*