

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MARDI 8 MAI 2012

DINSDAG 8 MEI 2012

Après-midi

Namiddag

De vergadering wordt geopend om 14.15 uur en voorgezeten door de heer Hans Bonte.
La séance est ouverte à 14.15 heures et présidée par M. Hans Bonte.

01 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers au vice-premier ministre et ministre des Finances et du Développement durable, chargé de la Fonction publique, sur "la recomposition du Conseil Fédéral du Développement Durable" (n° 11407)

01 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Financiën en Duurzame Ontwikkeling, belast met Ambtenarenzaken, over "de hersamenstelling van de Federale Raad voor Duurzame Ontwikkeling" (nr. 11407)

01.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen): Monsieur le président, monsieur le ministre, le Conseil des ministres a statué sur la composition future du Conseil Fédéral du Développement Durable (CFDD). Dans la loi de 1997 sur le développement durable, la composition du CFDD avait été fixée pour garantir un équilibre entre les groupes sociétaux définis lors du Sommet de la Terre, à Rio de Janeiro, en 1992.

Malgré certaines oppositions, dont la nôtre au Parlement, une révision de la loi, en 2010, avait renvoyé au pouvoir exécutif la définition de la composition du Conseil.

Vous avez proposé au Conseil des ministres un projet d'arrêté royal sur la composition du Conseil où, d'après mes informations, les ONG de développement et d'environnement voient leur représentation divisée par trois (chaque groupe passant de six à deux représentants) et ce, alors que la plupart des autres groupes voient leur représentation maintenue.

Il était de notoriété publique que les représentants des employeurs souhaitaient influencer le gouvernement et faire pression sur le gouvernement pour faire diminuer la représentation des ONG. On savait que cela se négociait dans l'ombre – on ne va donc pas dire qu'on ne savait rien –, mais visiblement certains n'étaient pas informés de la teneur de l'arrêté royal que vous soumettiez au gouvernement.

Sur le fond, cette proposition ampute aussi bien la dimension du développement que la dimension de durabilité qu'incarnent respectivement les ONG de développement et les ONG environnementalistes.

Le CNCD 11.11.11 s'est exprimé dans les termes suivants: "Il y a vingt ans, le Sommet de la Terre s'était donné pour ambition de réconcilier l'environnement et le développement. À quelques semaines du Sommet de Rio+20, une telle décision enverrait un signal clair à tous les acteurs du développement durable: désormais, les impératifs de justice internationale et environnementale ne font plus le poids face à certains intérêts privés".

On peut lire dans les médias que, selon votre porte-parole, le CFDD n'était pas très efficace à cause de certains blocages. J'ai lu aussi que la bonne volonté était là mais que le Conseil ne fonctionnait pas comme on voulait.

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes.

Que voulez-vous dire en disant que "le Conseil ne fonctionnait pas comme on voulait"?

Quelles concertations ont-elles vraiment eu lieu? Comment se fait-il que les ONG et même le secrétariat du Conseil n'aient pas été informés et ne disposent pas à ce jour – le jour où j'ai déposé ma question, à savoir le 1^{er} mai – de l'information précise sur la recomposition du Conseil?

En quoi la composition nouvelle du Conseil va-t-elle garantir un meilleur fonctionnement?

01.02 Steven Vanackere, ministre: Monsieur le président, madame Snoy, le gouvernement fédéral a décidé de fixer le nombre de représentants de la société civile au CFDD, à 21 au lieu de 34; il s'agit donc d'une réduction de 13 sièges. La représentation des ONG est passée de 14 à 6 sièges; il s'agit donc d'une diminution d'un peu plus de la moitié. Au sein du conseil sortant, 40 % des sièges étaient dans les mains des organisations non gouvernementales; elles occuperont 28 % des sièges au sein du nouveau conseil. Le *major group* des ONG se trouvera sur un pied d'égalité avec les deux autres. *Major group* désigne – conformément à la définition qui en a été donnée au Sommet de Rio en 1992 – d'un côté les ONG, de l'autre, les organisations des employeurs, puis les syndicats. Nous nous inspirons donc là de quelque chose qui a été agréé au Sommet de Rio.

La nouvelle composition du CFDD instaurera un réel équilibre. La sur-représentation des ONG posait un problème pour d'autres groupes. Le débat sur ce sujet nuisait à sa crédibilité comme organe d'avis.

En amont de cette décision, mon cabinet s'est entretenu avec les représentants des différents groupes et avec le secrétariat du conseil. Des échanges de vues ont eu lieu. De ces consultations avec les différents groupes, il appert qu'une réduction du nombre global des membres était acceptable et même souhaitable. Cela vient notamment du fait que les débats ont lieu au sein des groupes de travail du Conseil qui, eux, sont ouverts aux non-membres. Tous les groupes ont aussi demandé que l'on veille à une représentation équilibrée. J'insiste pour dire que nous n'avons pas touché au fonctionnement des groupes de travail.

Après la phase de consultation, des négociations politiques ont eu lieu. Une fois l'accord politique atteint, le président et le directeur du secrétariat du Conseil en ont été prévenus. Les textes ont été transmis le 2 mai.

En conclusion, comme la nouvelle composition reflétera mieux l'équilibre entre les différentes parties prenantes du développement durable, le gouvernement a donné un nouveau souffle au fonctionnement du Conseil. Nous espérons qu'il y gagnera davantage de crédibilité.

Madame Snoy, pour synthétiser mon propos en une phrase: il s'agit de rééquilibrer les présences au sein du Conseil dans un souci d'augmenter sa crédibilité, de garantir que les avis qui y sont donnés ne proviennent pas seulement de ceux qui, à juste titre, avancent des sujets et réclament des progrès, mais émanent aussi de ceux qui devront les mettre en oeuvre. Cela contribuera non seulement à la crédibilité du Conseil, mais aussi à sa capacité de participer à de vraies solutions en faveur du développement durable. Je défends cette réorganisation avec beaucoup de conviction.

01.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, votre argumentation ne me convainc pas. Sur le plan de la concertation, des membres d'ONG se sont étonnés encore ce matin que l'on passe non pas de 6 à 4 mais de 6 à 2. Ce n'était pas concerté, même si le sujet avait déjà été évoqué.

Vous donnez un signal étonnant à six semaines du Sommet Rio+20. Nous savons qu'il est difficile d'obtenir un consensus autour d'une déclaration. Il y a des intérêts sans doute opposés: les ONG de développement, d'environnement défendent les objectifs généraux de la Conférence de Rio. Elles sont là au nom des dimensions de notre développement et sont généralement minimisées. Ces ONG parlent soit au nom des intérêts des pays les plus pauvres, soit au nom de la qualité environnementale, et aussi des générations futures. C'est un très mauvais signal que vous donnez en diminuant leur représentation au Conseil. Je ne vois pas en quoi cela va mieux fonctionner après. Nous resterons sur les mêmes confrontations. Vous affaiblissez sans doute leur force de travail dans ce Conseil.

De plus, ce matin, M. Magnette a annoncé tout un dispositif sur la cohérence du développement, qui nécessitera un forum de la société civile. N'y avait-il pas moyen de donner au CFDD une nouvelle mission, sans diminuer ses forces, de façon générale? Les scientifiques, notamment, qui ont une position un peu plus neutre, regrettent la diminution des forces associatives dans ce Conseil.

Il ne s'agit pas du tout d'une décision positive, alors que vous êtes en partance pour Rio pour défendre, je l'espère, de plus nobles objectifs.

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

*Le développement des questions et interpellations est suspendu de 14.24 heures à 14.37 heures.
De behandeling van de vragen en interpellaties wordt geschorst van 14.24 uur tot 14.37 uur.*

De **voorzitter**: De heer Destrebecq wenst zijn vraag nr. 10354 om te zetten in een schriftelijke vraag.

02 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Liesbeth Van der Auwera** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de veiligheid van het ziekenhuispersoneel" (nr. 10393)

- mevrouw **Reinilde Van Moer** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de aanpak van de ziekenhuiscriminaliteit" (nr. 11296)

02 **Questions jointes de**

- Mme **Liesbeth Van der Auwera** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la sécurité du personnel hospitalier" (n° 10393)

- Mme **Reinilde Van Moer** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la lutte contre la criminalité dans les hôpitaux" (n° 11296)

Mevrouw Van der Auwera is op dit moment niet aanwezig.

02.01 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, onlangs kwamen de resultaten van de ziekenhuiscriminaliteit nog eens onder de aandacht naar aanleiding van het spijtig geval van agressie te Brussel. De toenemende agressie is een ruimer probleem dat de hele samenleving aangaat. Zeker in de ziekenhuizen en vooral op de spoeddiensten doet het probleem zich al langere tijd voor.

De ziekenhuizen zijn vrij om het probleem aan te pakken, maar krijgen hierbij vanzelfsprekend ondersteuning, zowel van de FOD Volksgezondheid als van de FOD Binnenlandse Zaken.

Zo koos men onder meer in 2007 al voor de vorming van een federaal netwerk "Veiligheid en criminaliteitspreventie in ziekenhuizen" en de oprichting van een nationale werkgroep Ziekenhuiscriminaliteit. Er werden brochures, affiches en een handboek ter beschikking gesteld.

Ook werd enkele jaren geleden al de campagne "Hou het hoofd koel" georganiseerd om beter om te gaan met geweld op de spoeddiensten.

De overheid is zich dus terdege bewust van het probleem en neemt wel initiatieven, maar spijtig genoeg blijken deze de toenemende agressie in de ziekenhuizen nog niet te kunnen keren.

Mevrouw de minister, is er al een grondige evaluatie gebeurd van de campagne "Hou het hoofd koel", die toch al in 2007 is gestart? Plant u verdere maatregelen, zeker naar aanleiding van de recente gevallen? Kan een ontradend remgeld op de spoed een optie zijn om zowel het oneigenlijk gebruik als het geweld terug te dringen?

02.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw Van der Auwera had over dezelfde thematiek heel wat vragen. Ik zal een gemengd antwoord geven.

Ten eerste, de monitor Ziekenhuiscriminaliteit is een enquête waaraan de ziekenhuizen op vrijwillige basis kunnen deelnemen, die peilt naar de verschijningsvormen, ernst en frequentie van geweld in ziekenhuizen, enerzijds, en naar de veiligheidsmaatregelen die ziekenhuizen treffen met het oog op preventie, anderzijds. De enquête wordt om de twee jaar georganiseerd en werd de laatste keer in 2010, op basis van de

gegevens van 2009, bij de Belgische ziekenhuizen afgenomen. Ik ben van plan om dat, in samenwerking met mijn collega van Binnenlandse Zaken, in het najaar van 2012 opnieuw te organiseren.

De resultaten van de monitor worden op globale en anonieme wijze verwerkt. Alvorens de resultaten van de monitor in 2010 toe te lichten, wens ik te benadrukken dat, aangezien het gaat om een vrijwillige deelname, deze enquête de veiligheidssituatie van slechts een minderheid van de ziekenhuizen schetst. De responsgraad in 2010 bedroeg ongeveer 35 % van de globale ziekenhuissector. De monitor pretendeert allesbehalve volledig te zijn. Bovendien gaat het enkel om gegevens afkomstig uit de registratiesystemen van de deelnemende ziekenhuizen. Het is niet ondenkbaar dat bepaalde incidenten niet worden gemeld door het ziekenhuispersoneel. Dit alles om te illustreren dat de monitor slechts een zeer partieel beeld van de criminaliteitsproblematiek geeft.

Wat de criminaliteitsfenomenen betreft, blijkt uit de monitor dat een overgrote meerderheid van de deelnemende ziekenhuizen, ongeveer 80 %, een registratie van diefstallen bijhoudt en dat in 2009 gemiddeld 16,7 incidenten per ziekenhuis werden geregistreerd. In ongeveer 40 % van de diefstallen werd bij de politie een aangifte gedaan.

De cijfers over vandalisme worden door iets meer dan 74 % van de ziekenhuizen bijgehouden. In 2009 werden er gemiddeld 10,7 gevallen van vandalisme geregistreerd. Van ongeveer 18 % van de geregistreerde incidenten werd aangifte gedaan.

Met betrekking tot verbale agressie houdt 64,3 % van de ziekenhuizen een registratie bij. In 2009 werden gemiddeld 40,36 gevallen van verbale agressie per ziekenhuis geregistreerd. In slechts 4 % van de gevallen van verbale agressie werd aangifte gedaan bij de politiediensten.

Voor incidenten van fysieke agressie houdt 88,4 % van de ziekenhuizen een registratie bij. In 2009 werden er gemiddeld 48,77 incidenten per ziekenhuis geregistreerd. Slechts 3 % van de geregistreerde incidenten van fysieke agressie werd geverbaliseerd. De monitor Ziekenhuiscriminaliteit geeft geen verdere informatie waarom deze percentages zo laag liggen.

De resultaten van de monitor in 2010 tonen verder aan dat de deelnemende ziekenhuizen in een degelijk veiligheidsbeleid investeren; 79,5 % van de ziekenhuissites beschikt over een veiligheidsmanager en 81,3 % over bewakingsagenten.

Er worden tevens systematisch organisatorische preventiemaatregelen genomen, zoals uniforme procedures bij diefstal, agressie en vandalisme door 72 % van de sites, nachtrondes bij het sluiten van het ziekenhuis door 88 % van de sites enzovoort. In 65 ziekenhuissites werden er cursussen voor het ziekenhuispersoneel georganiseerd over het omgaan met agressie.

De resultaten van de monitor ziekenhuiscriminaliteit worden verwerkt door de diensten van mijn collega van Binnenlandse Zaken. Mijn diensten geven de ziekenhuizen richtlijnen voor de enquête.

Ten tweede, er zijn geen nieuwe leden bijgekomen bij het federaal netwerk "Veiligheid en criminaliteitspreventie in ziekenhuizen".

Ten derde, voor zover mij bekend, lopen er momenteel geen provinciale initiatieven. Ik verwijs u door naar mijn collega Milquet, die de provinciale initiatieven steunt.

Ten vierde, mijn diensten financieren 415,47 voltijdsequivalente bewakingsagenten.

Voor de vijfde en zesde vraag van mevrouw Van der Auwera verwijs ik naar mijn collega van Binnenlandse Zaken, die over de gevraagde statistieken beschikt en wier diensten, zoals gezegd, de resultaten van de monitor Ziekenhuiscriminaliteit verwerken.

Ten zevende, door de moeilijke budgettaire toestand worden er momenteel geen nieuwe maatregelen overwogen. Uit het voorgaande kan echter worden opgemaakt dat er wel degelijk verschillende initiatieven lopen.

Ik kan u nog mededelen dat op 31 december 2011 een studie werd beëindigd aangaande de preventie en het omgaan met agressie in de psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen. Die studie werd uitgevoerd door

een onderzoeksteam van de Universiteit Gent en van de Katholieke Universiteit Leuven. De studie bevat een concept van vormingsprogramma voor personeelsleden van ziekenhuizen. De FOD Volksgezondheid zal dit jaar een studienamiddag organiseren voor de ziekenhuizen die aan het project hebben meegewerkt. Men onderzoekt ook de mogelijkheid om gespecialiseerde opleidingen op dat gebied in te richten.

Mevrouw Van Moer, de campagne "Hou het hoofd koel" werd nog niet specifiek geëvalueerd. Zoals u weet, heeft die campagne tot doel om agressie bespreekbaar te maken en om ziekenhuizen te stimuleren een preventiebeleid te ontwikkelen. Zij richt zich uitsluitend tot bezoekers, patiënten en zorgverstrekkers in de spoedgevallendienst, de psychiatrische ziekenhuisdiensten en aan het onthaal. Het zal trouwens niet gemakkelijk zijn om voor een dergelijk complex fenomeen als geweld de impact van deze ene maatregel te bestuderen. Die campagne maakt deel uit van een brede waaier aan initiatieven die ik zonet heb toegelicht.

Ten slotte, inzake de vragen in verband met het ontradend remgeld, moet ik eraan herinneren dat er al een verhoogd remgeld bestaat voor de patiënten die zich op een spoedgevallendienst aanmelden zonder verwijfsbrief van een huisarts.

De bedoeling van het verhoogde remgeld is het oneigenlijke gebruik van de spoeddienst terug te dringen. De impact van deze maatregel op de criminaliteit en het geweld op de spoedgevallendiensten lijkt echter absoluut niet duidelijk en niets toont aan dat een verhoging van het remgeld een passende oplossing zou kunnen zijn.

02.03 Reinilde Van Moer (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt voor de vele cijfers die u mij hebt gegeven. Misschien kan ik zelfs nog een nota met de cijfers krijgen om ze wat nader te bekijken.

Ik heb gehoord dat er reeds cursussen worden gegeven aan het personeel om te leren omgaan met mensen die zich nogal agressief gedragen. Ik zou ook graag hebben dat de campagnes, zoals de campagne "Hou het hoofd koel" en al de andere campagnes uit de brede waaier die u hebt aangereikt, toch eens worden geanalyseerd, want wij zouden er zeker lessen uit kunnen trekken.

Wat het heffen van remgeld op de spoeddiensten betreft, wanneer mensen vooraf weten dat ze iets zullen moeten betalen, zullen ze zich minder snel tot de spoeddienst wenden. Het kan misschien ook de gevallen van agressie verminderen, maar daarop komen wij later nog terug.

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

03 Questions jointes de

- Mme Katrin Jadin à la ministre des Classes moyennes, des PME, des Indépendants et de l'Agriculture sur "les transports d'animaux" (n° 10709)

- Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les transports d'animaux" (n° 10710)

03 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Katrin Jadin aan de minister van Middenstand, Kmo's, Zelfstandigen en Landbouw over "het vervoer van dieren" (nr. 10709)

- mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het vervoer van dieren" (nr. 10710)

03.01 Katrin Jadin (MR): Monsieur le président, madame la ministre, de nombreuses associations de défense des animaux dénoncent les conditions dans lesquelles sont transportés ceux-ci lorsqu'ils doivent parcourir de longues distances et quitter l'Union européenne. Il a ainsi été constaté qu'à la frontière turque, où les contrôles administratifs prennent parfois plusieurs heures ou même plusieurs jours, les animaux sont livrés à eux-mêmes dans des conditions déplorables. Bovidés et moutons se piétinent les uns les autres dans des wagons surpeuplés et s'effondrent d'épuisement, de soif ou à la suite de blessures. La chaleur est également un facteur important dans ces problèmes. Des températures atteignant les 58° ont été enregistrées. Les animaux blessés ou malades ne reçoivent aucun soin.

Mes questions sont donc les suivantes. Pouvez-vous m'informer sur les critères définis par notre législation en matière de bien-être animal lors d'un transport international? Disposez-vous de statistiques sur les contrôles organisés dans notre pays au départ et à l'arrivée de ces convois? Quelle en est la fréquence et

quelle est la proportion des convois enfreignant notre législation en matière de bien-être animal? Lorsqu'une infraction est constatée, quelle est la manière de procéder? Quelles sanctions les transporteurs peu scrupuleux encourent-ils? La Belgique est plus fréquemment un pays de transit pour ce type de transport: des contrôles sont-ils également effectués dans ce cadre?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, madame Jadin, le bien-être des animaux pendant le transport commercial est régi par le règlement européen 1/2005 relatif à la protection des animaux pendant le transport. Ce règlement contient notamment, par espèce animale, des normes de surface et des périodes de voyage et de repos imposées.

Pour un transport transfrontalier d'une durée supérieure à huit heures, le transporteur a l'obligation de tenir un carnet de route. Celui-ci comporte un planning dans lequel il faut indiquer combien de temps durera le transport et dans quel poste de contrôle des périodes de repos seront assurées. Ce planning doit être au préalable soumis à l'autorité compétente qui vérifie si le plan de marche indiqué est réaliste et conforme à la réglementation. En Belgique, cette autorité est l'AFSCA. Le carnet de route contient en outre un plan de marche que le chauffeur doit compléter avec le déroulement réel du voyage et un formulaire de notification d'irrégularités pouvant être complété par les instances de contrôle à l'étranger.

Après le voyage, le transporteur doit renvoyer le carnet de route complet à l'AFSCA. De plus, tout transport transfrontalier d'animaux domestiques agricoles doit être enregistré dans le système européen d'information TRACES et il est obligatoire de disposer pour ces animaux de certificats de santé avant d'être autorisé à les exporter. Ceux-ci sont délivrés par un vétérinaire désigné par l'AFSCA qui a évalué l'aptitude des animaux au transport prévu.

Je vais vous transmettre quelques données de l'AFSCA. On me dit de vous signaler que je suis très gentille car cela ne dépend pas de moi! J'ai recueilli ces informations auprès de ma collègue Laruelle.

Tous les animaux domestiques agricoles destinés à l'exportation subissent une inspection avant le départ et tous les animaux dont la destination finale est un abattoir ou un centre de rassemblement belge sont soumis à une inspection pendant ou peu après le déchargement. En outre, des contrôles ont lieu en cours de route. Sur les 2 422 *check-lists* complétées par l'AFSCA en 2010 concernant le bien-être des animaux pendant le transport, 261 ont eu pour résultat une mention favorable avec remarque et 70 une mention non favorable. Les moyens de sanction dont dispose l'AFSCA sont l'avertissement, le procès-verbal ou la saisie des animaux, en fonction de la gravité de l'infraction. En cas de souffrance aiguë des animaux, il est également possible d'imposer le déchargement des animaux et de suspendre ou de retirer l'autorisation du transporteur. Si, lors d'un contrôle à l'exportation avant le départ, il s'avère que les animaux ne sont pas aptes au voyage ou que le carnet de route n'est pas en ordre, le transport n'est pas autorisé.

Enfin, l'AFSCA effectue également régulièrement des contrôles en cours de route avec la police, police qui peut en outre effectuer seule des contrôles routiers. Lorsque l'AFSCA constate des infractions commises par un transporteur d'un autre État membre de l'Union européenne, elle informe l'autorité compétente de cet autre État membre.

03.03 Kattrin Jadin (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse très complète. Comme j'avais également posé une question à Mme Laruelle sur le volet AFSCA, j'ai à présent reçu l'ensemble des informations que je souhaitais et je les transférerai aux personnes qui m'ont interrogée sur ce sujet, très intéressant.

Peut-être me faudra-t-il encore les chiffres sur les bilans des contrôles, mais cela peut venir ultérieurement.

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

04 Vraag van mevrouw Kattrin Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "wilde dieren in circussen" (nr. 10711)

04 Question de Mme Kattrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les animaux sauvages utilisés dans les cirques" (n° 10711)

04.01 Kattrin Jadin (MR): Monsieur le président, madame la ministre, l'arrêté royal du 2 septembre 2005 relatif au bien-être des animaux utilisés dans les cirques et les expositions itinérantes établit pour ceux-ci les mêmes conditions d'hébergement que celles qui sont applicables dans les parcs zoologiques. Cet arrêté est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Or, dans la pratique, lors de contrôles effectués dans des cirques installés dans des communes de notre pays, il a été constaté que les dispositions prévues par cet arrêté ne sont pas toujours respectées.

Il faut également souligner que certaines communes ont adopté des règlements en la matière, et d'autres non. En outre, certaines communes semblent peu informées des dispositions adoptées.

Madame la ministre, avez-vous l'intention, à l'occasion de cette entrée en vigueur, de diffuser une circulaire à l'attention des communes les informant des nouvelles dispositions à respecter? Mais peut-être cela a-t-il déjà été fait. De quelle manière comptez-vous agir pour vous assurer du bon respect de cette réglementation?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chère collègue, à l'occasion de la publication, en septembre 2005, de l'arrêté royal du 2 septembre 2005 relatif au bien-être des animaux utilisés dans les cirques et les expositions itinérantes, une circulaire détaillée a été envoyée aux communes. Dans cette circulaire, il était clairement indiqué que, pour un certain nombre d'espèces, de nouvelles normes s'appliqueraient à partir du 1^{er} janvier 2012.

Dès lors, les communes ont été dûment informées en temps utile. Qu'elles sont bien au courant de cette législation est également démontré par les contacts très réguliers entre les communes et mes services. Il ne me semble donc a priori pas nécessaire d'envoyer une nouvelle circulaire.

Un nombre important de communes évaluent déjà, au moment de la réception de la demande d'un cirque, si celui-ci est bien en mesure de respecter la législation en vigueur à l'emplacement demandé. Par ailleurs, tant la police fédérale que la police locale et le service Inspection bien-être animal effectuent des contrôles une fois que le cirque est en place.

Mes services m'indiquent que cette approche donne suffisamment de garanties quant au respect du bien-être des animaux concernés.

04.03 Kattrin Jadin (MR): Monsieur le président, madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Questions jointes de

- Mme Kattrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'expérimentation animale" (n° 10986)

- Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'expérimentation animale" (n° 11459)

- Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la mise en place effective et les résultats obtenus par le Centre belge de toxicogénomique" (n° 11465)

05 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Kattrin Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "dierproeven" (nr. 10986)

- mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "dierproeven" (nr. 11459)

- mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de effectieve instelling en de resultaten van het Centrum voor Toxicogenomica" (nr. 11465)

05.01 Kattrin Jadin (MR): Monsieur le président, madame la ministre, à plusieurs reprises, j'ai été interpellée sur le sujet de l'expérimentation animale, notamment de la part de membres de l'ASBL Suppression des Expériences sur l'Animal vivant.

Ils mentionnent notamment l'article 4, 1, de la directive 2010/63/UE relative à la protection des animaux utilisés à des fins scientifiques. Cet article recommande que "les États membres veillent, dans toute la mesure du possible, à ce que soit utilisée une méthode ou une stratégie d'expérimentation scientifiquement satisfaisante, n'impliquant pas l'utilisation d'animaux vivants".

Les personnes qui se sont exprimées sur ce sujet avancent également comme argument en défaveur de ces pratiques que les résultats de telles expériences ne serviront de toute manière pas à la protection de l'homme, étant donné que les réactions que présenteront les animaux ne reflèteront jamais les réactions possibles de l'espèce humaine.

Madame la ministre, quelle est votre réponse à cet argument?

Existe-t-il des contrôles dans les laboratoires permettant de s'assurer que les méthodes alternatives existantes sont effectivement utilisées?

Lorsqu'une infraction à ce principe issu du droit européen est constatée à l'occasion d'un contrôle, comment le suivi est-il effectué?

05.02 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Monsieur le président, madame la ministre, la loi du 9 juin 2009 portant création d'un Centre belge des méthodes alternatives à l'expérimentation animale institue au niveau fédéral un Centre belge des méthodes alternatives à l'expérimentation animale, dont notamment la toxicogénomique, la protéomique et la génomique. La loi est entrée en vigueur un an plus tard, soit le 9 juin 2010.

Qu'en est-il aujourd'hui de la mise en place effective du Centre belge des méthodes alternatives à l'expérimentation animale?

05.03 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chères collègues, le débat sur l'utilité des expériences sur les animaux est important et ses conclusions ne sont pas connues à l'heure actuelle. Il n'est donc pas possible, en quelques lignes, d'en dresser les tenants et les aboutissants.

D'un point de vue objectif, je constate des exemples de conclusions hâtives d'expériences sur animaux en ce qui concerne l'extrapolation de leurs résultats à l'homme. L'utilisation d'animaux a été à la base de découvertes importantes dans la découverte des mécanismes biologiques des maladies et de leur traitement.

L'expérimentation animale reste pour le moment un mal nécessaire, même si l'objectif ultime reste évidemment le remplacement de ces expériences par des méthodes alternatives sans animaux. Dans l'intervalle, la législation est là pour cadrer ces expériences afin qu'elles n'occasionnent pas d'inconfort, de douleur ou de détresse aux animaux, ou le moins possible.

La législation prévoit notamment que chaque projet impliquant l'utilisation d'animaux soit préalablement évalué par une commission d'éthique. Depuis 2004, un formulaire standardisé pour l'évaluation des projets est utilisé par ces commissions. Les responsables de l'évaluation des projets considèrent toujours l'utilité de l'expérience et l'existence éventuelle de méthodes alternatives aux expériences proposées. Le responsable du projet doit chaque fois expliquer la démarche qu'il a suivie pour identifier les méthodes alternatives éventuelles, dans le cadre du fameux principe des trois R: remplacement, réduction, raffinement.

Il est utile de remarquer que de nombreux tests sur animaux sont liés à une exigence réglementaire européenne de sécurité dans l'utilisation de produits chimiques et de médicaments.

L'autorisation d'un projet par une commission d'éthique est établie par un document écrit sur lequel figure le code d'avis favorable pour le déroulement des expériences. Lors de visites de contrôle dans un laboratoire, il est toujours possible de vérifier la validité de ce code et d'en référer au document original. Les experts chargés du bien-être et de la santé des animaux dans les laboratoires ont dans leurs attributions la vérification de la bonne utilisation des animaux, en application de la nouvelle directive 2010/63, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2013. Il est prévu de renforcer le lien entre les acteurs sur le terrain, dans les laboratoires, et la commission d'éthique.

À ce jour, aucune infraction par rapport à l'avis d'une commission d'éthique au sujet d'une approche dans le cadre des trois R n'a été constatée.

Le service Bien-être animal de mon département a finalisé un projet d'arrêté pour la mise en place et le fonctionnement du Centre.

Dans le contexte budgétaire actuel, il est utile de définir quelle structure fédérale serait à même d'accueillir les activités de ce centre de manière adéquate.

Objectivement, ce sera probablement l'Institut de Santé publique qui a déjà une expérience en la matière.

Toutefois, un budget complémentaire s'avère indispensable, car un centre performant représente indiscutablement une référence et une pierre angulaire pour la politique en matière d'expérimentation animale. Dans le contexte budgétaire, cela risque évidemment de poser quelques difficultés. Il est cependant possible de compenser le surcoût par des recettes particulières, liées à la problématique de l'expérimentation. Et c'est ce que je projeterai pour le budget 2013.

05.04 Kattrín Jádín (MR): Je vous remercie, madame la ministre, pour cette réponse assez complète. Cette problématique évolue bien et vers plus de performance. C'est plutôt réjouissant.

05.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Je vous remercie, madame la ministre. Je comprends les difficultés et, en même temps, je regrette que cela ne puisse pas avancer plus. Je relayerai en tout cas votre réponse auprès des personnes qui s'étaient inquiétées de l'évolution de cette question.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van mevrouw Ine Somers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het stijgend aantal diabetici" (nr. 10733)

06 Question de Mme Ine Somers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'augmentation du nombre de personnes diabétiques" (n° 10733)

06.01 Ine Somers (Open Vld): Mevrouw de minister, 5,6 % van de leden van het socialistisch ziekenfonds heeft diabetes, veelal type 2. Het gaat om 166 971 mensen. De steile opgang van het aantal diabetespatiënten volgt een wereldwijde trend. De Gemeenschappen alsook de federale overheid pogen te werken aan de oorzaken, meer bepaald het overgewicht, door het promoten van beweging en het aanzetten tot gezond eten.

In de vorige legislatuur werd gestart met zorgtrajecten. Het doel was om een contract te sluiten tussen de patiënt en de arts, zijnde de huisarts en de specialist. Voor insulineafhankelijke patiënten bestaan er conventies.

De komende decennia zal het aantal chronische patiënten, waaronder ook diabetici, drastisch stijgen. Wij zullen ons moeten organiseren om de toenemende groep chronische zieken kwalitatief goed te kunnen opvolgen. Een niet te onderschatten onderdeel is het begeleiden, ondersteunen en stimuleren van patiënten, vooral in de zelfzorg. Dat betekent dat de patiënt zeer goed geïnformeerd is over zijn ziekte en over de impact ervan op zijn leven.

In heel wat landen doet men aan *disease management*. Men werkt samen met de patiënt aan zelfzorg, aan informatieverstrekking en aan de medische en paramedische opvolging van de patiënt. De huisarts vervult een centrale rol. Vaak bieden ook andere organisaties de nodige praktische ondersteuning inzake coaching en informatieverstrekking en helpen zij de brug te slaan naar de welzijnszorg.

Is het, gelet op het stijgend aantal chronische ziektes en in het bijzonder het aantal diabetici, niet wenselijk om de zorgtrajecten te evalueren en eventueel uit te breiden met informatieverstrekking en coaching, zodat we kunnen evolueren naar *disease management*?

Kunnen ziekenfondsen of een samenwerking van ziekenfondsen een rol vervullen in de verstrekking van informatie en coaching in uitvoering van het zorgtraject, zoals opgesteld door de huisarts in samenwerking met de specialist?

06.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Het zorgtraject is een nieuw concept van geïntegreerde zorg in de Belgische ziekteverzekering. Het organiseert en coördineert de aanpak, de behandeling en de follow-up van een patiënt met een chronische ziekte. Momenteel bestaat er een zorgtraject voor de subgroepen van patiënten met diabetes type 2 of met een chronische nierinsufficiëntie.

Om in aanmerking te komen voor een zorgtraject moet een patiënt aan bepaalde voorwaarden voldoen. Het zorgtraject vertrekt van een samenwerking tussen de patiënt, de huisarts en de specialist. Doelstelling is de kwaliteit van de zorg te optimaliseren en de samenwerking tussen huisarts, specialist en andere zorgverleners te verbeteren. De patiënt heeft een actieve rol in zijn zorgtraject. Om zijn ziekte zelf zo goed mogelijk in handen te kunnen nemen, krijgt hij toegang tot educatiesessies bij een diabeteseducator, tot consultaties bij een diëtist en een podoloog en tot materiaal voor zelfcontrole, zoals bloedglucosemeters, strips en lancetten.

De diabeteseducatie is op maat van de patiënt en omvat onder meer informatie en begeleiding over de ziekte en haar impact op het leven van de patiënt, over een gezonde levensstijl met voldoende beweging en een gezonde voeding, over het controleren van de bloedglucosewaarden, de injectietechnieken en het aanpassen van de behandeling.

Het zorgtraject diabetes ging van start op 1 september 2009 en loopt voor een initiële periode van vier jaar. In 2012 en 2013 is er een globale evaluatie van de zorgtrajecten. De informatieverstrekking en de begeleiding via de diabeteseducator en de diëtist zullen ook worden geëvalueerd.

Ziekenfondsen informeren, sensibiliseren en begeleiden hun leden onder meer via websites, nieuwsbrieven en ledentijdschriften. Gezondheidspreventie en -promotie zijn bovendien belangrijke wettelijke taken van het ziekenfonds.

In de huidige uitvoering van het zorgtraject wordt het contract tussen de patiënt, de huisarts en de specialist goedgekeurd door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. De ziekenfondsen hebben in de huidige uitvoering van het zorgtraject geen specifieke rol bij het individueel informeren en begeleiden van de patiënten met een zorgtraject diabetes type 2. Ik verzet mij er natuurlijk niet tegen dat men hun een dergelijke rol toevertrouwt, na overleg met alle betrokken partijen, en indien daardoor het zorgtraject voor de patiënten daadwerkelijk efficiënter wordt.

06.03 **Ine Somers** (Open Vld): Mevrouw de minister, dank u voor uw antwoord. Ik vind het bijzonder belangrijk dat de bestaande zorgtrajecten worden geëvalueerd. Dan kan rustig overwogen worden wat de rol van de ziekenfondsen is en of er wel een uitbreiding moet komen. Diabetes en nierinsufficiëntie zullen immers niet de enige chronische ziekten zijn, waarmee vele personen te kampen zullen krijgen.

Het is goed dat de evaluatie er komt. Daarna kan men kijken hoe men het systeem eventueel aanpast.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 **Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les devoirs et limites dans le rôle des pharmaciens" (n° 11060)**

07 **Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de plichten en beperkingen van apothekers" (nr. 11060)**

07.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen): Monsieur le président, madame la ministre, ma question avait été déposée le 19 avril et date donc quelque peu. Fin mars, plusieurs articles de presse s'étaient fait l'écho d'une enquête effectuée par Test-Achats dans certaines officines et des résultats désastreux en découlant. Si la profession reconnaît la situation préoccupante du secteur, elle met en doute les méthodes

utilisées par l'association de défense des consommateurs et la crédibilité de l'enquête.

Je n'ai pas l'intention d'aborder ici cette polémique entre Test-Achats et l'association des pharmaciens, mais il me paraît néanmoins important de revenir sur certains aspects évoqués lors de ce débat médiatique, lié à diverses questions abordées en commission sur la délivrance du médicament le moins cher dans le cas d'antibiotiques, d'antimycosiques, etc., qui attribuent ainsi aux pharmaciens des responsabilités de plus en plus importantes à travers leurs conseils d'orientation des clients et leurs vérifications.

Le 30 mars, le professeur Jean Nève disait: "Oui, il y a un problème de qualité de la formation. Les assistants qui délivrent les médicaments n'ont sans doute pas la compétence des pharmaciens en titre, qui sont formés à détecter ces interactions médicamenteuses. Oui, il y a un problème de marchandisation excessive des officines, qui n'arrivent manifestement plus à survivre sans offrir aussi des produits de beauté, etc. Oui, les pharmaciens sont pressurés par des exigences réglementaires croissantes. Il faut en parler. Mais sans lancer d'anathème!".

Ainsi, la profession entière semble sous pression, tant administrativement qu'économiquement. On estime à 20 % seulement le nombre de pharmaciens qui vivent bien; les autres seraient "asphyxiés".

Madame la ministre, vous annonciez vous-même dans *Le Soir* des 24 et 25 mars derniers que vous alliez convoquer les organisations de pharmaciens pour garantir au patient le service de qualité qu'il est en droit d'attendre. Ces rencontres ont-elles déjà eu lieu? Dans l'affirmative, pouvez-vous nous en communiquer le contenu? Sinon, un agenda est-il déjà défini pour cela?

En janvier de cette année était également prévue la tenue d'un "dossier de suivi de soins pharmaceutiques". Ce dossier, prévu par l'arrêté royal du 21 janvier 2009, permettrait d'avoir une vue globale sur la totalité des soins pharmaceutiques donnés à chaque patient et servirait à vérifier ces incompatibilités médicamenteuses. Pouvez-vous me dire où en est la procédure de ce dossier de suivi? Quelles sont les échéances à venir dans sa mise en œuvre?

Tout cela reste d'une actualité brûlante: je sais que beaucoup de dialogues ont eu lieu, mais aussi bien des protestations de la part des pharmaciens de certaines organisations médicales opposés aux charges qui incombent à présent à la profession. Comment leur imposer de telles exigences et, en même temps, leur donner les moyens d'y répondre?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, j'ai été très interpellée par les résultats de l'étude de Test-Achats. Le pharmacien n'est en effet pas un commerçant; c'est un prestataire de soins. Son obligation de conseil est donc fondamentale. Il doit veiller à la qualité du soin pharmaceutique qu'il délivre au patient. Outre le fait qu'il s'agit d'une obligation déontologique, je rappelle que le pharmacien reçoit, depuis 2010, un honoraire spécifique pour cette prestation de soins lors de la délivrance de médicaments remboursés.

J'ai immédiatement organisé une réunion de concertation avec les associations de pharmaciens et l'Ordre des pharmaciens. Une nouvelle réunion est d'ores et déjà prévue fin mai. Il est clair que, même si beaucoup d'efforts ont déjà été fournis au niveau de la formation permanente, des améliorations doivent encore être apportées. Il est important de se tenir continuellement au courant des connaissances scientifiques mais la mise en pratique de ces connaissances théoriques est aussi une partie importante de l'activité pharmaceutique.

Quant au suivi des soins pharmaceutiques, il est encadré par des dispositions prévues dans le Guide des bonnes pratiques officinales repris dans l'arrêté royal du 21 janvier 2009. Ces dispositions sont d'application depuis le 1^{er} janvier 2012. Ces données doivent être enregistrées dans le dossier de suivi des soins pharmaceutiques qui contient, en outre, le profil du patient, l'analyse de la démarche de prise en charge du suivi des soins pharmaceutiques et l'évaluation du suivi. Il faut toutefois préciser que la tenue d'un tel dossier requiert l'accord écrit du patient de sorte que tous les patients ne disposent pas d'un tel dossier à l'heure actuelle. En concertation avec les associations professionnelles, l'Agence fédérale des Médicaments procédera, au cours des prochaines semaines, à une évaluation des outils d'aide à la délivrance de médicaments à disposition des pharmaciens et des assistants pharmaceutico-techniques. L'accent sera mis sur le point relevé par l'étude de Test-Achats, à savoir la délivrance de médicaments incompatibles.

L'étape suivante consistera à réaliser une enquête thématique sur l'état des lieux de la mise en œuvre par

les pharmaciens du dossier de suivi de soins pharmaceutiques. Dans le même contexte, l'Agence s'attachera également, au second semestre de cette année, à vérifier les obligations de formation permanente de l'équipe officinale, également imposées par l'arrêté royal.

En tout état de cause, il s'agit d'un dossier auquel j'accorde une très grande importance et qui fera l'objet d'un suivi attentif de mes services.

07.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Madame la ministre, l'aspect formation est effectivement essentiel. La question est non seulement de l'imposer mais aussi de donner les moyens aux pharmaciens de la suivre. S'ils sont "coincés" au plan économique, comment peuvent-ils dégager le temps nécessaire pour suivre ces formations?

07.04 Laurette Onkelinx, ministre: Ils reçoivent un honoraire, je viens de vous le dire.

07.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): Ce chiffre est impressionnant du fait qu'il y a peu de pharmaciens qui vivent bien. La tenue d'une officine semble donc difficilement rentable.

07.06 Laurette Onkelinx, ministre: Que voulez-vous dire par là? Qu'il y a trop de pharmacies en Belgique? C'est une réalité. C'est un des pays où il y en a le plus par habitant. Et vous savez qu'il y a un moratoire. Si c'est cela que vous voulez me dire, je veux bien en discuter. Faites des propositions!

07.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen): J'ignore s'il faut diminuer le nombre d'officines. Je ne suis pas non plus d'accord à ce sujet! Je pense qu'il y a une obligation de proximité aussi par rapport aux patients. En effet, il y a des villages et des communes où il y en a très peu. Dans le sud de la Belgique, il n'est pas évident de trouver une pharmacie dans chaque village.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la réforme de l'oxygénothérapie à domicile" (n° 11131)

08 Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de hervorming van de zuurstoftherapie thuis" (nr. 11131)

08.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Monsieur le président, madame la ministre, dans le cadre de l'élaboration du budget 2012, il a été décidé d'opérer une réforme globale de l'oxygénothérapie à domicile. Cette réforme doit porter sur plusieurs éléments: le forfait dans le cadre des conventions de revalidation via l'hôpital; l'adaptation de l'honoraire du pharmacien en officine ouverte au public dans le cadre de la livraison à domicile; les indications pour lesquelles l'oxygène est remboursé en fonction des données d'*Evidence Based Medicine* récentes; l'amélioration du contrôle sur le respect des indications.

L'implémentation de cette nouvelle réforme est annoncée pour le 1^{er} juin. Or, elle suscite encore à l'heure actuelle de nombreuses inquiétudes, questions et interpellations par les acteurs de terrain. Ainsi, il me revient que la liste des indications reconnues serait fixée de manière telle que de nombreux patients perdraient ainsi leur droit à l'intervention des soins de santé, car seule une minorité d'entre eux rencontrerait les critères actuellement à l'étude. On évoque que les patients souffrant d'insuffisance modérée seraient exclus des indications alors qu'ils font partie des indications d'*Evidence Based*. Ces informations sont-elles exactes?

Il me revient également qu'il y a des risques d'incertitude au niveau de la prise en charge urgente. Comment un médecin généraliste pourra-t-il prescrire des soins en urgence, sans être sûr que le patient sera remboursé puisque l'accord du médecin-conseil est requis? Une procédure particulière est-elle envisagée dans ce cas précis? Des craintes sont également relayées au niveau des petites PME quant à leur survie car elles n'ont pas le poids des sociétés multinationales dans les hôpitaux et risquent d'être évincées par les centres de pneumologie. Dès lors, j'aimerais vous demander ce qui suit.

Pouvez-vous faire le point sur l'état d'avancement de la réforme? Pouvez-vous m'indiquer si des concertations sont encore en cours avec les acteurs de terrain? Dans la négative, n'estimez-vous pas que des concertations soient encore nécessaires pour opérer une réforme globale qui ne mette pas en péril l'accessibilité aux soins?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, chère collègue, il s'agit d'une question très importante et d'actualité. Il est utile d'en faire le point et je me permettrai d'être précise.

En effet, dans le cadre de la réforme de l'oxygénothérapie à domicile, visée par le gouvernement, il existe un objectif budgétaire d'une économie de 15 millions d'euros sur base annuelle. De nombreuses concertations ont eu lieu dans le cadre de cette réforme toujours en cours. D'autres concertations se poursuivront encore dans les jours et semaines à venir.

La réforme opère une distinction entre oxygénothérapie de courte et de longue durée à domicile. L'oxygénothérapie à domicile de courte durée pourra toujours être prescrite par tout médecin, également après la réforme. Contrairement à la situation actuelle, les patients devront répondre à certaines conditions et le médecin-conseil devra donner son accord à la prise en charge. Dans ce cadre, l'oxygénothérapie de courte durée via les officines publiques ne pourra être remboursée que durant trois mois, excepté pour les patients palliatifs et pour les patients souffrant de *cluster headache*.

Les autres patients, pour lesquels l'oxygénothérapie de plus longue durée est indiquée, devront pour cela faire appel à la réglementation pour le long terme. Celle-ci, comme c'est déjà le cas actuellement, devra être réglée via une convention entre l'INAMI et les hôpitaux, sur prescription d'un pneumologue.

Les indications pour l'oxygénothérapie de longue durée sont très peu modifiées dans la nouvelle convention avec les hôpitaux. Il est vrai que, dans la nouvelle convention, il faudra tenir compte de nouveaux types d'oxyconcentrateurs. Certains patients devront graduellement passer de leur forme actuelle d'oxygénothérapie vers un de ces nouveaux types d'oxyconcentrateurs, qui sont plus avantageux, notamment pour l'assurance.

Je précise que cette réforme a été inspirée par un rapport du Centre d'expertise (Kenniscentrum) paru l'année dernière, d'où il ressortait entre autres que bon nombre de patients se voient prescrire un traitement d'oxygénothérapie sans que cela ne soit nécessaire. À présent, beaucoup de patients, en dehors du cadre de la convention avec les hôpitaux, se voient d'ailleurs à tort prescrire un traitement par oxyconcentrateurs qu'en pratique, ils n'utilisent que peu ou pas du tout, mais qui continuent chaque mois à coûter de l'argent à l'assurance maladie. Dans le contexte budgétaire actuel, il s'agit d'une situation inacceptable.

Dans la réglementation à l'étude, seuls les patients pour lesquels l'oxygénothérapie est réellement indiquée d'un point de vue médical pourront ainsi encore entrer en ligne de compte pour un remboursement. Les indications médicales pour l'oxygénothérapie de courte et de longue durée semblent faire l'objet d'un assez large consensus parmi les pneumologues. Ce consensus sur les indications médicales est bien entendu à la base de la nouvelle réglementation.

Pour les patients qui ne répondraient pas aux conditions fixées pour ces indications, il reviendra alors au pneumologue d'entamer le dialogue avec le patient afin de déterminer le traitement le plus indiqué, le cas échéant, un médicament ou des séances de kinésithérapie.

Présidente: Nathalie Muylle.

Voorzitter: Nathalie Muylle.

En ce qui concerne la situation spécifique et urgente que vous évoquez, et sa compatibilité avec un accord du médecin-conseil préalable au remboursement, il convient de souligner que l'indication relative à l'hypoxémie aiguë, qui est en réalité la diminution de la quantité d'oxygène transportée par le sang, est la seule indication qui soit potentiellement concernée par cette mesure dans le traitement à court terme. Or, il a été reconnu que d'autres traitements à l'aide d'autres médicaments étaient efficaces dans cette situation. Il n'y a dès lors pas lieu d'envisager de mesures d'urgence spécifiques en ce qui concerne la réception de l'autorisation du médecin-conseil pour un traitement par oxygénothérapie. Il est à noter également que, dans le cadre de MyCareNet, l'échange de données entre les pharmaciens et les organismes assureurs se fera plus rapidement. De cette façon, le délai pour l'obtention de l'autorisation sera réduit.

Par ailleurs, pour offrir l'oxygénothérapie à domicile aux patients, la plupart des officines publiques et des hôpitaux font appel à des firmes spécialisées. Il n'est dès lors pas exclu que la réforme en cours ait un impact sur certaines d'entre elles. En pratique, les hôpitaux auront un rôle plus important après la réforme qu'actuellement. Les firmes qui jusqu'à présent collaboraient surtout avec des officines publiques devront donc à l'avenir s'orienter davantage vers les hôpitaux.

En ce qui concerne les patients qui ont jusqu'à présent à leur disposition un oxyconcentrateur via une officine publique mais qui, à l'avenir, devront passer par un traitement via l'hôpital, l'objectif est de continuer autant que possible l'oxygénothérapie avec l'oxyconcentrateur dont ils disposent actuellement. Cependant, ceci ne sera possible que dans le cas où cet appareil sera effectivement le mieux approprié à leur cas d'un point de vue médical.

Ce dossier est en tout cas suivi de très près par l'INAMI, qui s'efforce ici encore de réaliser le meilleur équilibre possible entre les moyens publics forcément limités et les besoins.

08.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la ministre, je vous remercie pour cette réponse très étayée. Comme vous venez de le dire, il est important pour les patients de garder le matériel d'oxygénothérapie utilisé à domicile dans la mesure du possible, afin de ne pas les perturber dans leurs habitudes, puisque ce type de soins nécessite une formation. Dans ce type de soins, on n'est pas soigné comme on peut l'être par la simple prise de médicaments. Pour ne pas bouleverser les patients, il est important de garder une certaine cohérence dans le traitement et de conserver les habitudes.

En ce qui concerne la limitation du traitement dans le temps, il convient de rester attentifs aux personnes dont l'état de santé nécessite ce type de traitement. Ils pourraient être susceptibles, durant l'année, de devoir bénéficier de ce type de traitement davantage que trois mois. À partir du moment où ces personnes ont épuisé leur quota, il faut rester attentif à ce qu'elles ne soient pas privées d'un soin qui leur est bénéfique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de M. Damien Thiéry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la diminution des essais cliniques dans notre pays" (n° 11225)

09 Vraag van de heer Damien Thiéry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de daling van het aantal klinische proeven in ons land" (nr. 11225)

09.01 Damien Thiéry (FDF): Madame la présidente, madame la ministre, une étude réalisée par PricewaterhouseCoopers a été menée pour le compte de pharma.be qui s'est vraisemblablement rendu compte que le nombre d'essais cliniques était en constante diminution en Belgique. On est passé de 614 essais cliniques en 2008 à 414 en 2011, soit une diminution de 20 %, ce qui est relativement important.

Si l'on en croit l'étude réalisée, cette diminution s'explique par trois facteurs principaux: les frais cliniques fixés de manière arbitraire qui désavantagent les scientifiques belges par rapport à ceux d'autres pays, les difficultés relatives au recrutement des patients et la complexité des procédures administratives.

Ce qui est dommage voire inquiétant, c'est que l'on sait que notre pays abrite aujourd'hui à lui seul 9 % des essais cliniques européens réalisés. C'est le pourcentage le plus élevé par tête d'habitant. Ceci s'explique certainement par la qualité des soins, de la recherche, de nos experts et de nos hôpitaux. Malheureusement, nous sommes de plus en plus confrontés à une sorte de concurrence des pays de l'Est, au niveau européen, mais également de la Chine et de l'Inde.

Il y a des avantages certains à continuer à réaliser des essais cliniques en Belgique. Cela permettrait aux patients en phase 3, surtout pour des pathologies complexes pour lesquelles on essaie de sortir de nouveaux médicaments, de pouvoir bénéficier gratuitement de nouvelles médications. C'est donc tout à fait à l'avantage de ces patients.

Ce problème me semble être fondamental car, d'une certaine manière, les essais cliniques favorisent aussi la recherche et développement qui est liée à un nombre important d'emplois en Belgique.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance de l'étude de PricewaterhouseCoopers? Confirmez-vous les données que je viens d'exposer? Envisagez-vous de voir ce qu'il y a moyen de faire pour remédier à ce déclin en nombre d'essais cliniques, sachant que nous disposons de tout le potentiel scientifique nécessaire que pour rester à la pointe au niveau européen?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Thiéry, l'étude que vous citez a été présentée lors d'une journée d'étude organisée notamment par pharma.be le 17 avril dernier. Elle est basée sur des données de l'Agence fédérale des Médicaments au départ d'une enquête réalisée parmi les *stakeholders* comme les hôpitaux, les comités éthiques, les entreprises pharmaceutiques et, enfin, sur une comparaison avec la situation d'autres pays européens.

Mais les chiffres doivent être mis en perspective. Entre 2006 et 2008, nous avons constaté dans notre pays une augmentation particulière du nombre d'études commanditées. Elles sont passées de 521 à 614, soit une croissance de 20 %. On peut dès lors effectivement dire que 2008 fut une année faste en ce qui concerne les études cliniques. Entre 2008 et 2010, il y a eu une chute de 16 %. Depuis 2010, l'érosion est moins exprimée et se limite à 4 %. À la fin de 2011, 495 études commanditées ont été introduites à l'Agence. Si on évalue les chiffres de 2006 à 2011, on remarque que la baisse n'est que très limitée. Cette baisse doit par ailleurs être replacée dans la perspective européenne. Ainsi, dans l'Union européenne, entre 2008 et 2010, on constate une diminution de 15 %. En d'autres mots, la baisse dans notre pays n'est certainement pas la plus marquée pour la même période de référence.

Outre les raisons que vous citez, la crise économique et financière qui touche toute l'Europe joue aussi un rôle dans la diminution du nombre d'études cliniques commanditées par l'industrie. Les études cliniques sont très importantes pour notre pays. Dans certains cas, on peut proposer aux patients souffrant de graves affections des alternatives thérapeutiques. Pour les hôpitaux et la recherche scientifique, elles signifient un levier important dans le développement des nouveaux modèles thérapeutiques; c'est la fameuse recherche translationnelle. Ces études sont aussi une activité économique et industrielle considérable dans le monde de la santé.

Il est donc important et opportun de bien structurer toutes les initiatives qui sont prises par les autorités publiques dans le domaine, de les harmoniser et de les rendre opérationnelles. Cela permet d'ailleurs un meilleur suivi des différentes actions entreprises.

Dans ma note de politique générale de 2012, j'avais déjà anticipé en donnant un objectif important à l'Agence et je cite: "L'Agence a aussi la mission d'examiner comment notre pays peut consolider et améliorer sa position attractive en matière d'essais cliniques et de recherche sur les médicaments".

À la suite de cet engagement, j'ai organisé une concertation avec le secteur et pris l'initiative d'apporter une série de modifications à la loi du 7 mai 2004 sur les expériences sur les humains. Ces modifications ont pour objet d'optimiser le fonctionnement des comités éthiques, de créer un meilleur cadre d'interactions avec l'Agence et de veiller à la complémentarité dans l'appréciation et la gestion des études cliniques qui sont proposées à l'Agence en application de la loi.

J'ai aussi chargé l'Agence d'une analyse stratégique et du développement d'une vision et d'une politique en vue de favoriser et de soutenir les études cliniques tant qualitativement que quantitativement. Dans ce contexte, un suivi strict de l'évolution du cadre réglementaire dans l'Union européenne et son implication pour l'Agence est primordial.

En concertation avec le secteur, la DG chargée de l'analyse et du développement sera renforcée au niveau de la gestion des appréciations "bénéfices-risques" et de la vigilance des produits qui font l'objet des effets cliniques.

J'ai également demandé à l'Agence de mieux identifier les domaines prioritaires de la recherche pour notre pays et ce, en accord avec les chercheurs directeurs, les hôpitaux, les organismes de recherche et le secteur pharmaceutique. J'ai aussi demandé d'identifier avec plus d'efficacité les groupes cibles des patients pour la recherche clinique, et cela sur la base de nombreuses prestations et statistiques qui existent dans notre pays en matière de soins de santé et d'assurance maladie.

Il faut prêter une attention particulière à la recherche sur les médicaments pour le groupe cible néonatal et

pédiatrique des patients et à la recherche sur les médicaments pour les maladies orphelines.

J'attends pour début juin un rapport intermédiaire de l'Agence et je me concerterai avec le secteur pour élaborer quelques objectifs opérationnels stratégiques.

09.03 Damien Thiéry (FDF): Madame la présidente, madame la ministre, merci pour votre réponse complète. Vous avez parfaitement raison de remettre les chiffres en perspective: il faut voir la situation à long terme.

Vous m'avez appris, si j'ai bien compris, qu'en 2011, et c'est fondamental, 495 essais cliniques ont été recensés. Vous réalisez ce travail en concertation avec le secteur, et c'est également une excellente initiative.

Parfois, nous avons tendance à oublier l'intérêt du patient et ce, pour des raisons socioéconomiques. Comme je vois que vous avez l'intention d'aller plus loin dans votre démarche et que votre plan de travail est bien orienté, je ne puis que vous conseiller de poursuivre dans cette voie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Mme Valérie Warzée-Caverenne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'accès à un défibrillateur" (n° 11264)

10 Vraag van mevrouw Valérie Warzée-Caverenne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het voorhanden zijn van een defibrillator" (nr. 11264)

10.01 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Madame la ministre, le nombre de victimes belges d'un malaise cardiaque varie selon les sources entre 10 000 et 15 000 personnes par an en Belgique.

La réanimation cardio-pulmonaire est la seule technique connue qui donne de bonnes chances de survie à la victime d'un accident cardio-vasculaire et l'utilisation d'un défibrillateur augmente ces chances, car il s'agit d'un acquis technologique fiable et facile d'utilisation.

Dernièrement, deux jeunes sportifs (l'un en Belgique, l'autre en Angleterre) se sont effondrés sur le terrain de football suite à une crise cardiaque, venant grossir le nombre de jeunes victimes de ces malaises lors de la pratique de leur sport habituel.

Les associations, clubs sportifs, mais aussi les communes disposant de salles polyvalentes, où l'on pratique du sport, sont sensibilisées à l'utilité de mettre à la disposition du grand public un défibrillateur externe. Toutefois le coût élevé (tant à l'achat qu'à l'entretien) de celui-ci semble être un obstacle à son acquisition. Mais nous savons que ni la pratique sportive ni la prévention ne sont de compétence fédérale. Au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, il semble que, malgré l'intervention des pouvoirs publics à hauteur de 75 % du prix d'achat d'un défibrillateur, le nombre de demandes en 2011 n'a pas permis d'épuiser l'enveloppe prévue.

Sachant que cette thématique couvre un large domaine tant sur l'aspect préventif que curatif, j'aurais aimé vous interroger sur l'état de la situation en Belgique. Votre département a-t-il déjà eu des concertations avec les entités fédérées en vue d'établir une politique coordonnée en la matière? Dans l'affirmative, pouvez-vous nous en dire plus? Dans la négative, pensez-vous mettre ce point à l'agenda d'une prochaine Conférence interministérielle? Qu'en est-il des fédérations nationales sportives, et notamment de l'Union Royale Belge des Sociétés de Football- Association, laquelle, avec plus de 450 000 personnes affiliées, dont plus de 250 000 jeunes, représenterait la plus grande fédération sportive du pays qui, par ailleurs, n'a pas accès aux subsides wallons, puisqu'elle est, par définition, nationale?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre: Je ne reviens évidemment pas sur la pertinence de la défibrillation semi-automatique. Nous sommes tous conscients de son importance. Pour répondre plus précisément à votre question, la politique fédérale nous permet d'équiper les services d'aide médicale urgente, de fixer les normes des appareils et de proposer des recommandations de placement de tels appareils à l'usage du

public.

La distribution et la mise en place des défibrillateurs semi-automatiques dans les clubs sportifs et dans les salles polyvalentes relèvent par contre des compétences des Communautés. Dès lors qu'il n'y a pas de recouvrement de compétences entre le fédéral et les Communautés. Le besoin de coordination est donc quasi inexistant, de sorte qu'une concertation simple de la Conférence interministérielle n'apporterait, me semble-t-il, aucune plus-value réelle. Je suis cependant bien entendu disposée à examiner la question si une des Communautés devait me faire une demande ou me soumettre une proposition concrète.

Pour le surplus, je n'ai pas à m'exprimer sur les subsides que proposent les entités fédérées. En tant que ministre fédérale de la Santé publique, je continuerai à assurer la fonction normative de l'autorité fédérale.

10.03 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Comme vous l'avez dit, nous sommes tous conscients qu'il est pertinent de disposer de défibrillateurs. À partir du moment où on a des fédérations qui sont au niveau fédéral, qui peut intervenir à ce niveau?

10.04 Laurette Onkelinx, ministre: Les Communautés.

(...): Elles ne le font pas parce qu'elles sont nationales.

10.05 Valérie Warzée-Caverenne (MR): Elles n'interviennent pas au niveau des fédérations qui restent nationales.

(...): Les fédérations ne sont pas scindées. Elles n'interviennent pas. C'est un gros problème pour le football et le hockey.

10.06 Laurette Onkelinx, ministre: Normalement les deux Communautés doivent s'entendre.

10.07 Valérie Warzée-Caverenne (MR): C'est un point important. On a parlé du football, l'une des plus grandes associations sportives au niveau belge. Merci d'être attentive à ce point.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Voorzitter: Hans Bonte.

Président: Hans Bonte.

11 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de oprukkende mazel epidemie" (nr. 11273)

11 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la recrudescence de l'épidémie de rougeole" (n° 11273)

11.01 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, vorig jaar heerste er in België een mazelenepidemie. Er werden toen 173 gevallen opgetekend. In de eerste drie maanden van dit jaar heeft het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid al 24 nieuwe gevallen van mazelen geregistreerd. Mazelen zijn dus in ieder geval niet uitgeroeid.

De Wereldgezondheidsorganisatie benadrukt het belang van een hoge vaccinatiegraad van de bevolking. Meer dan 95 % van de bevolking moet gevaccineerd zijn om de verspreiding van het virus te stoppen.

Ik kom tot mijn vragen. Wat is de vaccinatiegraad in de drie Belgische Gewesten? Wat ligt er aan de basis van de toename van het aantal gevallen van mazelen? Wat zult u ondernemen om een mazelenepidemie of de uitbreiding van het mazelenvirus in te tomen?

11.02 Minister Laurette Onkelinx: De meest recente vaccinatiegraadmeting in het Waals Gewest dateert van 2009, in het Vlaams Gewest van 2008 en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van 2006. In Wallonië

was de vaccinatiegraad 92,4 % voor de eerste dosis en 75,5 % voor de tweede dosis. In Vlaanderen was de vaccinatiegraad 96,6 % voor de eerste dosis en 90,6 % voor de tweede dosis. Voor Brussel was de vaccinatiegraad 91,1 % voor de eerste dosis en 70,5 % voor de tweede dosis.

Het mazelen-bof-rubellavaccin geeft een goede bescherming tegen de mazelen en de meeste gevallen deden zich voor bij niet-gevaccineerde personen. De toename in 2011 is in de eerste plaats te verklaren door een onvoldoende hoge vaccinatiegraad in het verleden, waardoor een accumulatie van vatbare personen mogelijk was. In de tweede plaats bestaan er groepen van niet of onvoldoende gevaccineerde personen.

Het Comité voor de eliminatie van mazelen en rubella in België volgt de situatie op en geeft aanbevelingen voor acties. Dit comité bestaat uit deskundigen op het gebied van mazelen en vertegenwoordigers van de verschillende Gemeenschappen en de FOD Volksgezondheid. Het secretariaat wordt verzekerd door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en rapporteert ook aan het European Centre for Disease Prevention and Control en de WAO Europa.

Ten slotte herinner ik u eraan dat preventie en vaccinatie de bevoegdheid zijn van de Gemeenschappen.

11.03 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, een algemene verspreiding, een epidemie, is een federale bevoegdheid. Het is dan ook iets dat zo snel mogelijk moet worden aangepakt. Het is natuurlijk niet zeer gemakkelijk met de versnippering van bevoegdheden, dat hebben wij ook nooit ontkend, maar het is misschien toch aangewezen dat u er in de interministeriële conferentie op aandringt dat alle Gewesten meten wat de vaccinatiegraad is. Meten is namelijk weten.

In Vlaanderen gaat het de goede richting uit. Ook in de Scandinavische landen heeft men een vaccinatiegraad van 96 à 97 %, wat de mazelenepidemie kan stoppen. Wij leven hier natuurlijk in een klein land. Die ontstekingen verspreiden zich ook over de taalgrens.

Het lijkt mij dus aangewezen dat men in het hele land naar een hogere vaccinatiegraad streeft en dat u dat in samenspraak met uw collega's zult stimuleren. Tevens moet u een onderzoek vragen naar de huidige vaccinatiegraad in hun Gewest.

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

12 Vraag van de heer Manu Beuselinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het geneesmiddel Spiriva" (nr. 11319)

12 Question de M. Manu Beuselinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le médicament Spiriva" (n° 11319)

12.01 Manu Beuselinck (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, onlangs besliste de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen de vergoedingsvoorwaarden voor het geneesmiddel Spiriva te wijzigen. In plaats van een a posteriori-onderzoek wordt nu opnieuw een a prioriconrole uitgevoerd. Dat betekent dat de patiënt, net zoals in het verleden, soms een aanvraag bij de adviserend geneesheer van het ziekenfonds moet indienen.

Zowel voor de arts, voor de patiënt als voor het ziekenfonds leidt die beslissing tot bijkomende administratieve verplichtingen.

De CTG heeft vorige week wel een overgangsmaatregel goedgekeurd waardoor een hele reeks nutteloze spirometrieonderzoeken wordt verhinderd. Vanaf oktober zullen alle patiënten toch bij een pneumoloog of een huisarts met een erkenning voor spirometrie terecht moeten.

Waarom en op welke basis werd beslist dat er voor Spiriva opnieuw een attest nodig is? Waarom worden plots die extra administratieve lasten teweeggebracht?

Is uit controles van het voorschrijven van Spiriva gebleken dat het geneesmiddel onterecht werd

voorgeschreven en vergoed door de verplichte ziekteverzekering? Zo ja, in hoeveel procent van de voorschriften werd het onterecht voorgeschreven? Is dit onterecht aanrekenen aan de verplichte verzekering de hoofdreden voor de wijziging van de vergoedingsvoorwaarden of spelen budgettaire overwegingen mee?

Indien de uitgaven voor Spiriva te hoog liggen, is het dan niet beter met het betrokken bedrijf te onderhandelen over een prijsdaling van het product in plaats van artsen en patiënten te belasten met bijkomende administratie?

12.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, het bedrijf Boehringer Ingelheim, dat de specialiteit Spiriva in België in de handel brengt, heeft in het kader van een procedure gelanceerd door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, meegedeeld dat op basis van zijn ervaring 20 % van het aantal voorschriften van Spiriva vergoed met betrekking tot hoofdstuk II, niet voldoet aan de vergunde indicaties voor Spiriva.

Verskillende motieven hebben geleid tot het wijzigen van de voorwaarden voor terugbetaling. Zij zijn onder meer gebaseerd op de conclusies van de studie *Tiotropium in de behandeling van COPD, chronic obstructive pulmonary disease*, de progressieve ziekte die het moeilijk maakt te ademen. De studie over het rationeel gebruik van de geneesmiddelen en een aanzienlijke budgettaire overschrijding, werd gepubliceerd door het KCE in 2009. De nettokosten voor de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de terugbetaling van Spiriva stegen inderdaad van 18,9 miljoen euro in 2006 naar 28,4 miljoen euro in 2010. Het KCE beval zelfs aan om te overwegen deze specialiteit niet langer terug te betalen.

Het voorstel om over de prijs te onderhandelen komt regelmatig terug. De realiteit is dat deze oefening reeds heeft plaatsgevonden in het kader van de door de CTG begonnen procedure voor wijziging van de vergoedingsvoorwaarden, en dat het bedrijf een prijsdaling heeft geweigerd.

Om de specialiteit Spiriva niet van de lijst van terugbetaalbare geneesmiddelen te moeten schrappen, werd de terugbetaling overgebracht naar hoofdstuk IV. Zo kunnen de patiënten die voldoen aan vergunde indicaties en terugbetalingsvoorwaarden, voort worden behandeld.

Zoals u weet, verplicht hoofdstuk IV de voorschrijver strikte regels te volgen die met de hulp van specialisten zijn opgesteld. Zo bereiken wij twee doelstellingen. Enerzijds betalen wij alleen terug voor patiënten die werkelijk bij de behandeling gebaat zijn. Anderzijds, doordat het doelpubliek wordt teruggedrongen, realiseren wij nuttige besparingen waardoor wij de toegang tot de terugbetaling voor andere therapieën mogelijk maken.

12.03 **Manu Beuselinck** (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het gaat dus wel degelijk om cijfers van de firma zelf, waaruit blijkt dat 20 % niet verantwoord is.

Die cijfers zijn waarschijnlijk te vertrouwen, maar ik vind het spijtig dat een maatregel wordt ingevoerd die opnieuw extra administratieve lasten voor de patiënt en voor de arts met zich meebrengen. Ik begrijp dat het in deze tijden moeilijk is als er niet correct wordt voorgeschreven. Ik begrijp dat er iets moet gebeuren.

Mijn vraag blijft toch of de druk niet hoger kon worden gelegd om de prijsvolumecontracten beter te onderhandelen of om eventueel een prijsdaling in te voeren. De prijs in Frankrijk ligt merkkelijk lager dan in België. Ik begrijp dat er iets wordt ondernomen tegen het verkeerd voorschrijven, maar het is jammer dat de zorgverstrekkers en de patiënten opnieuw met extra administratieve lasten worden geconfronteerd.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

13 **Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de kwaliteit van ambulancediensten"** (nr. 11347)

13 **Question de Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la qualité des services d'ambulance"** (n° 11347)

13.01 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, ik ben niet de eerste die de jongste weken een vraag

stelt over de kwaliteit van de ambulancediensten, dus ik hoef geen uitgebreide inleiding te geven. De commissieleden kennen de problematiek volgens mij zeer goed. Ook de voorzitter van onze commissie heeft over het onderwerp enkele weken geleden nog een vraag gesteld.

Mevrouw de minister, in een van de vorige commissievergaderingen hebt u geantwoord dat er, om een antwoord te bieden op de klachten van de sector over het tekort aan financiële middelen en over het niet vinden van vrijwilligers, twee koninklijke besluiten op komst waren. Met het eerste KB wordt een derdebetalersregeling uitgewerkt, waardoor de betrokken diensten heel snel worden betaald en niet hoeven te wachten op hun centen, zoals nu vaak gebeurt.

Het tweede KB, dat in de maak is, betreft het statuut van de vrijwillige hulpverleners-ambulanciers.

Mevrouw de minister, wat is de stand van zaken met betrekking tot die twee koninklijke besluiten?

13.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw Muylle, ik dank u voor uw belangstelling voor de kwaliteit van de ambulancediensten voor de dringende medische hulpverlening.

Ik deel die belangstelling en doe er alles aan om, ondanks de moeilijke budgettaire toestand, de financiële toestand van de ambulancediensten voor de dringende medische hulpverlening te verbeteren. Ik ben mij immers terdege bewust van de moeilijkheden van de sector van het ziekenwagenvervoer in verband met de dringende medische hulpverlening. In dat kader heb ik twee maatregelen voorbereid, die de sector zouden moeten helpen.

Ten eerste neem ik een KB dat toestaat om ziekenwagenvervoer van de dienst 100 via de derdebetalersregeling aan te rekenen. De Koning heeft dat besluit ondertekend en het is naar het *Belgisch Staatsblad* overgezonden voor publicatie.

Ten tweede, op mijn initiatief zijn de discussies over het statuut van de vrijwilligers hulpverlener-ambulance hert. Ik hoop dat het besluit binnenkort kan verschijnen, dat hun statuut gelijkstakelt met dat van de brandweervrijwilligers. Het ontwerp van koninklijk besluit zit in de eindfase en zal weldra aan de Hoge Raad voor Vrijwilligers voor advies kunnen worden voorgelegd.

13.03 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, dat eerste punt lijkt mij positief. Het is een kwestie van dagen, vooraleer dat koninklijk besluit gepubliceerd wordt.

Het tweede koninklijk besluit zal ik blijven opvolgen. Ik denk dat het terecht is dat u in die gelijkstakeling voorziet, net zoals de mensen op het terrein vragen. Laten wij hopen dat die gelijkstakeling er komt.

Die twee maatregelen kunnen volgens mij de huidige zorgen en problemen in de sector verlichten.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

14 **Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het zorgprogramma cardiologie" (nr. 11348)**

14 **Question de Mme Nathalie Muylle à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le programme de soins cardiologiques" (n° 11348)**

14.01 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, dit is ook een onderwerp waarop wij reeds verscheidene keren teruggekomen zijn.

In het advies uit 2010 van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, in het kader van de verhoudingen tussen de B1-centra, de diagnostische centra, en het invoeren van de kwaliteitscriteria voor de B2-centra, die vooral interventionele cardiologie gaan doen, en de B3-centra, die vooral de chirurgie gaan doen, pleitte de Raad ervoor dat er geen autonome B1-centra meer zouden zijn; zij zouden alleen nog bestaan gelinkt aan B2- en B3-centra. Mevrouw de minister, ik herinner mij uit vorige conversaties dat u ook op die lijn zat.

Begin dit jaar antwoordde u mij dat een koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 2004 in de maak was. U zei toen dat het koninklijk besluit naar de Raad van State was.

Mijn vraag is een opvolgingsvraag. Wat zijn de grote krachtlijnen van het koninklijk besluit? Hoe positioneert u zich als het gaat over de verhouding tussen de B1-centra ten opzichte van de B2- en B3-centra?

Zijn er opmerkingen van de Raad van State? Kan het koninklijk besluit binnenkort worden gepubliceerd?

14.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Er zijn geen bijzondere inhoudelijke of juridische opmerkingen geformuleerd door de Raad van State. Ik zal bij de publicatie van de besluiten een omzendbrief sturen aan de ziekenhuizen en de ziekenhuiskoepels waarin concrete mededelingen zullen worden gedaan over het nieuwe kader en de aangepaste normen. Gezien het technische karakter van dit dossier is het moeilijk om in het kader van een mondelinge vraag concreet in te gaan op de activiteits- en omkaderingsnormen waarnaar u verwijst. Het is in elk geval mijn bedoeling dat deze besluiten vóór de zomer gepubliceerd worden.

14.03 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, van op het terrein krijg ik, in een positieve sfeer, heel wat vragen over de toekomst van de centra. Er zijn vandaag, zoals u weet, een paar centra die eigenlijk nog steeds een B1-statuuut hebben maar eigenlijk al opereren als B2. Zij willen weten wat hun toekomst zal worden. Zullen zij verder kunnen werken, met wie en met welke middelen? Kan ik misschien via een schriftelijke vraag wat meer zicht krijgen op de omzendbrief, want de krachtlijnen ervan interesseren mij toch.

14.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: C'est toujours la même difficulté. Si je commence à vous donner les grandes lignes de la circulaire, vous allez les transmettre aux hôpitaux – et c'est logique en tant que parlementaire –, ce qui court-circuiterait le dialogue direct entre le ministre de la Santé et les hôpitaux.

C'est pour très bientôt. Quand je vous dis avant l'été, on y travaille.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 **Vraag van mevrouw Lieve Wierinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de goedkoopste geneesmiddelen"** (nr. 11389)

15 **Question de Mme Lieve Wierinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les médicaments les moins chers"** (n° 11389)

15.01 **Lieve Wierinck** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, vanaf 1 april moeten apothekers bij een voorschrift op stofnaam en vanaf 1 mei bij een voorschrift van antibiotica en antimycotica voor een acute behandeling een geneesmiddel afleveren dat behoort tot de groep van de goedkoopste geneesmiddelen, en alleen degene die worden terugbetaald.

Tot die groep behoren immers, naast het goedkoopste geneesmiddel, ook alle andere geneesmiddelen die maximaal 5 % in prijs verschillen met de goedkoopste. Elke groep bestaat uit minstens drie geneesmiddelen. Het RIZIV heeft een lijst van deze groepen van goedkoopste geneesmiddelen op zijn website geplaatst. Deze lijst kan maandelijks wijzigen.

Apothekers melden nu reeds een aantal belangrijke problemen na een maand werken met het systeem van de groep van goedkoopste geneesmiddelen.

Ten eerste, zij melden dat er bij verschillende firma's bevoorradings- en productieproblemen zijn. Daardoor kunnen zij blijkbaar niet altijd een geneesmiddel afleveren uit de groep van goedkoopste geneesmiddelen.

Ten tweede, er zijn problemen met de officiële lijsten met goedkope geneesmiddelen die het RIZIV bezorgt aan de apothekers. Het RIZIV neemt daarin geneesmiddelen op die nog in de wachtkamer zitten. Vaak gaat het om generieke geneesmiddelen die al een prijs- en terugbetalingsprocedure achter de rug hebben, maar nog niet op de markt zijn, bijvoorbeeld omdat het octrooi nog niet vervallen is. De firma's hebben dat ook aan het RIZIV gemeld, maar blijkbaar wordt daarmee geen rekening gehouden. Een en ander heeft tot gevolg

dat apotheken grote problemen hebben hun stockbeheer naar behoren te voeren.

Apothekers deden donderdag 26 april laatstleden het licht uit omdat zij willen protesteren tegen de aanpak van het hele besparingsdossier. Dat er moet worden bespaard, is onvermijdelijk. Het is wel de taak van een overheid om die besparingsoperatie deugdelijk uit te voeren, duidelijkheid te verschaffen aan de partners die een en ander moeten uitvoeren en om het systeem werkbaar te maken.

Ten eerste, klopt het dat er bij verschillende firma's bevoorradings- en productieproblemen zijn? Zo ja, bij hoeveel firma's? En wat is de impact hiervan op de mogelijkheid van de apothekers om een geneesmiddel af te leveren dat behoort tot de groep van goedkoopste geneesmiddelen? Wat is de impact voor de patiënt op de kostprijs van het afgeleverde geneesmiddel dat niet behoort tot de groep van goedkoopste geneesmiddelen? Wordt er opgevolgd met welke frequentie dit probleem zich momenteel voordoet?

Ten tweede, waarom neemt het RIZIV in de lijst geneesmiddelen op waarvan men zeer goed weet dat ze nog niet op de markt zijn? Dat maakt de verwarring en de moeilijkheden waarmee apothekers worden geconfronteerd alleen maar groter.

15.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, dit is ook een vraag met een groot actualiteitsgehalte.

Wij wisten dat het niet eenvoudig zou zijn om een regeling te laten starten die de wijze waarop apothekers hun voorraad moeten beheren, zo fundamenteel hervormt. Om die reden heb ik de verzekeringsinstellingen gevraagd — en zij hebben dit aanvaard — om de maand april als een testmaand te gebruiken en de afgifte van het goedkoopste geneesmiddel pas vanaf mei strikt te controleren. Dat was nuttig, zoals u aanhaalt, aangezien er in april bepaalde problemen werden vastgesteld die echter vóór de maand mei werden opgelost. Ik denk in het bijzonder aan het feit dat meer dan 150 geneesmiddelen die niet effectief beschikbaar zijn, uit de terugbetaling werden gehaald vanaf 1 mei.

Om te vermijden dat er bevoorradingsproblemen zouden ontstaan, indien de goedkoopste merken niet beschikbaar zijn of niet aan alle Belgische apotheken kunnen worden geleverd, heb ik van bij de start van het systeem in een veiligheid voorzien. De apotheker kan, voor elke geneesmiddelenverpakking, altijd minstens drie merken geven, zelfs indien men uit de vork van 5 % ten opzichte van de goedkoopste prijs gaat. Om een afgifteprobleem met een goedkoper geneesmiddel te hebben, mag er geen enkele van de drie merken beschikbaar zijn.

Globaal gezien stellen wij vast dat er voor de 255 moleculen waarvoor een generisch geneesmiddel bestaat, en die dus potentieel het voorwerp uitmaken van de maatregel indien de arts beslist om ze op stofnaam voor te schrijven, meer dan 3 100 verpakkingen op 4 100 verpakkingen voor de maand mei in de vork van de goedkoopste geneesmiddelen zitten.

Het aandeel van de geneesmiddelen die niet tot de goedkoopste behoren, evolueert trouwens zeer snel, aangezien al een kwart van de antibiotica en de antimycotica die in mei nog duur waren, in prijs werden vermindert om vanaf 1 juni in de vork te zitten.

Het risico van een volledige uitputting van de stock van een geneesmiddel is dus bijzonder klein, maar blijft altijd bestaan. Het hangt overigens niet noodzakelijk samen met de maatregelen om het goedkoopste geneesmiddel af te leveren. Er kunnen verschillende oorzaken zijn, zoals de vrijwillige contingentering.

Om elke risico te vermijden dat een patiënt geen antibiotica of antimycotica zou krijgen of de volle pot zou moeten betalen, heb ik vorige week aan het RIZIV gevraagd om te voorzien in een geval van overmacht.

In zo'n geval kan de apotheker een geneesmiddel afleveren dat hij in voorraad heeft, zelfs als dat niet het goedkoopste is. Het geval van overmacht mag dus worden ingeroepen wanneer alle goedkopere geneesmiddelen niet meer voorhanden zijn. Ik kan u dus geruststellen, de patiënt zal er niet onder lijden. Hij zal altijd recht hebben op een terugbetaalbaar geneesmiddel.

Wat de tijdelijke onbeschikbare geneesmiddelen betreft, houdt het RIZIV alleen rekening met de geneesmiddelen die geacht worden op de markt te zijn. Het kan natuurlijk gebeuren dat een geneesmiddel gedurende enkele dagen of weken uitverkocht is of met enkele weken vertraging op de markt komt. Het RIZIV kan daarmee echter onmogelijk rekening houden, aangezien de lijsten van goedkoopste

geneesmiddelen minstens een maand op voorhand moeten worden meegedeeld, zodat de computerprogramma's en de voorraden van de hele keten kunnen worden aangepast. Een lastminutewijziging is dus niet mogelijk.

15.03 Lieve Wierinck (Open Vld): Mevrouw de minister, ik moet u proficiat wensen. De bedoeling was om een besparing te realiseren en u hebt duidelijk een besparing verkregen bij de fabrieken en de medische firma's die hun prijzen aanpassen om compatibel en concurrentieel te zijn. Dat is ten voordele van de besparing die wij nastreven.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het gebruik van medische beeldvormingsapparatuur" (nr. 11390)

16 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'utilisation des appareils d'imagerie médicale" (n° 11390)

16.01 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, volgens dokter Bernard Debbaut van de Christelijke Mutualiteit voeren Belgische artsen te vaak CT-scans uit, met als gevolg een overmatige straling, waarvan men niet zeker weet of de patiënt daartegen voldoende beschermd is. Er wordt immers nergens bijgehouden hoeveel straling de patiënt te verduren krijgt tijdens het onderzoek of tijdens diverse onderzoeken. Wegens de gevaren die hieraan verbonden zijn, stelt het christelijke ziekenfonds een medische normering voor die overal wordt toegepast, en een registratie van de hoeveelheid toegediende stralen.

Mevrouw de minister, bent u van plan om op die voorstellen in te gaan en eventueel van eHealth gebruik te maken om de hoeveelheid aan de patiënt toegediende straling bij te houden, zodat men die kan raadplegen?

Overweegt men een mogelijke beperking van het gebruik van CT-scans? Hoe denkt men het gebruik, dat met een aanzienlijke bestraling gepaard gaat, te kunnen beperken?

Zou het aantal magnetische-resonantietoestellen eventueel kunnen opgevoerd worden? Heeft men een zeker spreidingsplan voor ogen voor de MRI-scans, die wel duurder zijn? Indien er een spreidingsplan is, welke ziekenhuizen zouden dan over een MRI-scan mogen beschikken? Indien men niet aan een spreidingsplan denkt, denkt men dan aan een andere manier om het gebruik van die scans te beperken, om ze niet nodeloos te laten gebruiken om de kosten af te betalen?

Ten slotte, zou de overheid een financiële inspanning kunnen leveren om het aantal MRI-scans op te voeren, want men opteert vaak voor een CT-scan, omdat er te lange wachtlijsten zijn voor een MRI-scan?

16.02 Minister Laurette Onkelinx: In samenwerking met het Platform voor Medische Beeldvorming, waaraan verschillende overheden en andere stakeholders deelnemen, worden verschillende denksporen bestudeerd en worden initiatieven betreffende het correct gebruik van medische beeldvorming uitgewerkt.

Prioritair zijn een sensibiliseringscampagne, richtlijnen voor goed gebruik en een kwaliteitstelsel.

De registratie van dosissen kan in een later stadium worden onderzocht. Hierbij is het noodzakelijk om gebruik te maken van de mogelijkheden die de informatica biedt. Daarbij zou eHealth een bepaalde rol kunnen spelen.

Zowel het RIZIV als het vermelde platform neemt initiatieven om te komen tot een restrictiever gebruik van medische beeldvorming. De beperking van de blootstelling van de bevolking aan ioniserende straling via een medische toepassing, waaronder CT-onderzoeken, maakt deel uit van de doelstellingen.

Om het goed gebruik van medische beeldvorming te stimuleren en voorschrijvende artsen bij het kiezen voor een diagnostische techniek te ondersteunen, werden richtlijnen gepubliceerd voor het voorschrijven van medische beeldvorming. De richtlijnen zijn terug te vinden op de website van de FOD Volksgezondheid.

Bovendien heeft het RIZIV brochures met betrekking tot het rationeel voorschrijven van onderzoeken van medische beeldvorming aan alle artsen toegestuurd. Feedback over hun voorschrijfgedrag werd ondertussen reeds door het RIZIV aan de huisartsen meegedeeld. Andere disciplines zullen volgen.

Vanuit het reeds vermelde platform zullen over afzienbare tijd de volgende activiteiten daadwerkelijk van start gaan. Er wordt een sensibilisatiecampagne opgezet voor een breed publiek om hen te informeren over het gevaar van overmatig gebruik van beeldvormingstechnieken die gebruikmaken van ioniserende straling. De campagne legt de nadruk op een verantwoord gebruik van medische beeldvorming in het algemeen.

Er wordt een vzw opgericht die een faciliterende rol zal spelen bij het actualiseren van de richtlijnen en brochures voor artsen zal uitgeven.

Die brochures zijn vergelijkbaar met de reeds bekende Folia Pharmacotherapeutica. In de Folia voor Medische Beeldvorming zullen actuele en nieuwe aspecten in de medische beeldvorming belicht worden en kunnen de richtlijnen geactualiseerd en becommentarieerd worden.

Ten derde, in aanvulling van de vermelde initiatieven lijkt mij een reflectie over de MRI-programmatie wenselijk. Een essentiële vereiste om een antwoord te bieden voor die problematiek is verregaande samenwerking en overleg tussen de verschillende stakeholders.

Het platform kan volgens mij een ondersteunende rol spelen bij de besluitvorming. De programmatie van MRI-toestellen is een federale bevoegdheid en wordt wettelijk geregeld door het KB van 2006, dat het aantal erkende diensten bepaalt waarin een MRI mag worden opgesteld. De spreiding van de diensten behoort daarentegen tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen.

Ten vierde, de programmatie en erkenningscriteria dienen te worden geactualiseerd op basis van de noden en de evolutie op technologisch en wetenschappelijk vlak. Men dient die te bekijken in het kader van een globale benadering van de medische beeldvorming. Een essentiële vereiste om een antwoord te bieden voor de problematiek is verregaande samenwerking en overleg tussen de verschillende stakeholders.

16.03 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitgebreide informatie, die ik zeker nog eens zal nalezen en doorgeven.

Bij de problematiek zijn de informatie voor en de sensibilisatie van zowel de patiënten als de artsen belangrijk. Niet alles zal wettelijk kunnen worden geregeld. Men zal waarschijnlijk nog onder andere het juiste gebruik en het aantal toestellen dat nodig is, moeten onderzoeken. Ik merk in ieder geval dat er werk van wordt gemaakt. Ik zal het antwoord nog eens nalezen.

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

17 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het overleg met de bedrijven die aangesloten zijn bij pharma.be" (nr. 11391)

17 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la concertation avec les sociétés qui sont membres de pharma.be" (n° 11391)

17.01 Rita De Bont (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik kom nog eens terug op de noodzakelijke besparingen in de farmaceutische sector.

Bij de bespreking van het wetsontwerp houdende eerste aanpassing van de algemene uitgavenbegroting voor 2012 stelde u dat deze besparingen in de geneesmiddelenuitgaven toch aanzienlijk waren. Voor en na deze besprekingen hadden de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten en de Algemene Farmaceutische Bond hierover al hun ongenoegen laten blijken. Zij stelden voor de besparingen op een andere manier te realiseren en beklagden zich erover dat zij niet werden geconsulteerd. U zei dat dit wel het geval was, vermits deze voorstellen besproken werden in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen, waar de BVAS aanwezig was. Dat was dus een welles-nietesspel.

Een element waarmee FarmaPlus.be en de bedrijven die bij pharma.be aangesloten zijn ook een probleem hebben, is de aangekondigde prijsdaling van medicijnen tijdens de octrooiperiode, terwijl deze octrooigeneesmiddelen in België al vrij goedkoop zijn in vergelijking met de ons omringende landen.

Ik heb dan ook enkele vragen. Was pharma.be ook betrokken bij de voorafgaande besprekingen? Werd de farmaceutische industrie ook betrokken bij de bespreking van de voorziene prijsdaling van medicijnen tijdens de octrooiperiode?

De sector verwacht alsnog met de regering te kunnen onderhandelen over de genomen beslissingen. Zal daarop worden ingegaan? Is er al een onderhandeling geweest en wat waren de resultaten daarvan?

Ik had ook graag geweten hoe de sector zelf eigenlijk de nodige besparingen wil realiseren.

17.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mijnheer de voorzitter, in december 2011 vond er een overleg plaats met het geheel van de farmaceutische nijverheid, namelijk pharma.be en FeBelGen, waartoe in het kader van de begroting 2012 werd beslist.

Met betrekking tot de maatregel inzake de gepatenteerde geneesmiddelen, was er in februari 2012 een eerste specifiek overleg met pharma.be, dat zich wilde laten vergezellen door een vertegenwoordiger van HST, de Health, Science & Technology Group, die meer bepaald de grote investeerders van de farmaceutische nijverheid in België vertegenwoordigt. Pharma.be heeft zijn verzet tegen de maatregelen laten blijken, maar heeft zijn standpunt gegeven over de beginselen van de maatregel en over de lijst van landen waarvan de prijzen zullen moeten worden meegedeeld. Er komt een nieuw overleg over de exacte uitvoeringsregels voor de weerslag op de Belgische prijzen van de dalingen in het buitenland.

17.03 **Rita De Bont** (VB): Mevrouw de minister, ik neem aan dat er wel een overleg was, maar dat het resultaat van dat overleg niet helemaal naar de zin was van de farmaceutische industrie. Het is natuurlijk een moeilijke evenwichtsoefening om de nodige besparingen te realiseren en ervoor te zorgen dat er niet te veel geld wordt verspild aan farmaceutische producten. Anderzijds is het wel een belangrijke economische tak bij ons en moeten wij die dus de nodige leef- en ademruimte geven om aan verder onderzoek en tewerkstelling te kunnen doen. U zult nog gesprekken met hen hebben en ik neem aan dat u al deze factoren mee in aanmerking zult nemen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 **Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de stand van zaken in verband met eHealth" (nr. 11486)**

18 **Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'état de la situation concernant eHealth" (n° 11486)**

18.01 **Rita De Bont** (VB): Mijnheer de voorzitter, dit is een korte vraag.

Zorgverleners in Vlaanderen zullen binnenkort via Vitalink patiëntengegevens met elkaar kunnen delen. Het delen van die patiëntengegevens door zorgverleners lijkt mij ook een belangrijke doelstelling van eHealth. Zullen er in Vlaanderen dan twee platforms naast elkaar worden gebruikt of is er overleg aan de gang om beide op een of andere manier te integreren? Zijn er in dit verband besprekingen geweest of aan de gang met de zorgverstrekkers in Vlaanderen of met de Vlaamse overheid?

Ik had graag vernomen wat de huidige stand van zaken is in de ontwikkeling van eHealth. Verloopt de ontwikkeling volgens schema? Zijn er bepaalde obstakels? Zo ja, wat zijn de knelpunten?

18.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw De Bont, het eHealth-platform stelt, in uitvoering van zijn wettelijke opdrachten, verscheidene basisdiensten ter beschikking die door de gezondheidszorgactoren kunnen worden gebruikt in het kader van de toepassingen die zij beheren, onder andere een systeem van login, de end-to-end vercijfering, een geïntegreerd gebruikers- en toegangsbeheer, de dienst elektronische datering, de dienst codering en anonimisering, de beveiligde elektronische brievenbus en het

verwijzingsrepertorium in het kader van het hubs-metahubsysteem. Het eHealth-platform heeft dus tot doel om technische ondersteuning te bieden aan informatieprojecten in de gezondheidssector zonder dat het zelf persoonsgegevens aangaande de gezondheid opslaat of centraliseert.

Het Vitalinkproject is een concreet informatiseringsproject van de Vlaamse overheid dat nog in volle ontwikkeling is en wordt gecoördineerd door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. In dat project zal uitsluitend de uitwisseling van zorg- en welzijnsgegevens tussen zorgverleners in het kader van de continuïteit van de zorg worden beoogd, en dat door middel van een gecijferde centrale opslag van de betrokken persoonsgegevens in een gezondheidskluis per patiënt. Voor de ontwikkeling van het project werkt het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid nauw samen met de andere Vlaamse agentschappen uit het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, met het eHealth-platform en met de zorgsector zelf. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid heeft beslist dat, in het kader van dat project, alle relevante basisdiensten van het eHealth-platform zullen worden gebruikt.

Wat de stand van zaken voor het eHealth-platform betreft, kan ik u zeggen dat negen van de tien basisdiensten thans operationeel zijn. De ontwikkeling van het verwijzingsrepertorium dat in het kader van het hubs- en metahubsysteem zal worden gebruikt, zit bovendien in de laatste rechte lijn. De operationele basisdiensten worden inmiddels in 42 diensten met toegevoegde waarden gebruikt.

Meer informatie vindt u op de website van het eHealth-platform.

18.03 Rita De Bont (VB): Mevrouw de minister, ik zal de website nog eens raadplegen.

Er is dus wel degelijk een coördinatie tussen de twee diensten. De ene is beperkter, en de andere is wat één element betreft verder ontwikkeld, maar hun toekomst zal samenlopen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 11393 van mevrouw Warzée-Caverenne en vraag nr. 11401 van mevrouw Snoy worden omgezet in schriftelijke vragen. Vragen nrs 11477 en 11478 van mevrouw Becq worden op haar verzoek uitgesteld. Mevrouw Somers heeft niet verwittigd, waardoor haar vraag nr. 11511 vervalt.

Vraag nr. 11511 van mevrouw Ine Somers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de ondervoeding van ouderen" vervalt.

Question n° 11511 de Mme Ine Somers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "la sous-alimentation chez les personnes âgées" est supprimée.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.24 uur.

La réunion publique de commission est levée à 16.24 heures.