

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 02 février 2011

WOENSDAG 02 februari 2011

Après-midi

Namiddag

La réunion publique est ouverte à 14 h 24 sous la présidence de Mme Marie-Claire Lambert.

01 Question de M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le remboursement du médicament Taxotere" (n° 2189)

01.01 Daniel Bacquelaine (MR): Il me revient que la demande de remboursement du Taxotere® pour le traitement du cancer du sein sans atteinte ganglionnaire a été refusé malgré un avis positif de la CRM. Le Taxotere® est le seul taxane à avoir démontré un gain en survie sans maladie de 33 % après cinq ans de suivi, alors que bon nombre de tumeurs "ganglions négatifs" ont un mauvais pronostic.

Quelle est la raison de ce refus de remboursement et que comptez-vous faire?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Bonne nouvelle! Après discussion avec la firme, qui a accepté une baisse de son prix, une décision positive vient d'être donnée. Ce médicament sera remboursé.

01.03 Daniel Bacquelaine (MR): L'autorisation a-t-elle déjà été donnée?

01.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): La procédure est en cours.

L'incident est clos.

La **présidente**: La question n° 2200 de Mme De Bue est reportée.

02 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "l'étude du Centre d'expertise sur la dialyse rénale" (n° 2247)

02.01 Maggie De Block (Open Vld): Le Centre d'expertise a mené une étude sur deux types de dialyses rénales, l'hémodialyse et la dialyse péritonéale. La première, la plus fréquente, est pratiquée dans le cadre d'une hospitalisation de jour et l'autre l'est par le patient lui-même, à son domicile.

Selon le bureau d'étude IMS, en 2006, une hémodialyse coûtait à l'État 72 350 euros par patient et 3 236 euros en tickets modérateurs tandis qu'une dialyse péritonéale coûtait environ 55 000 euros à l'État et 1 500 euros au patient. Le nombre de patients augmente.

Le Centre d'expertise et l'étude de l'IMS préconisent un recours plus large à la dialyse péritonéale qui est moins onéreuse et confère au patient une plus grande autonomie.

Il faut mieux informer les patients. La personne qui consulte un programme établi par un infirmier en chef de l'UCL choisira dans 45 % des cas la dialyse péritonéale.

Existe-t-il une obligation d'informer les patients atteints d'affections rénales des différentes possibilités qui s'offrent à eux? Les pouvoirs publics peuvent-ils jouer un rôle actif à cet égard? Que pense la ministre du financement sur la base des coûts réels et d'une révision de la rémunération des néphrologues pour les différents types de dialyses rénales?

Des initiatives ne doivent-elles pas être prises pour faire en sorte que davantage de dialyses aient lieu au domicile des patients? Quelles initiatives la ministre va-t-elle prendre?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Il n'existe pas d'obligation d'informer les patients sur les différents types de dialyses. Il incombe au médecin d'informer les patients et de choisir le traitement avec eux.

Les représentants des fédérations hospitalières ont fait savoir qu'ils souhaitent instaurer, dès qu'un nouveau système de financement entrera en vigueur, une formation à la gestion de la période qui précède la dialyse et un accompagnement des patients dans le cadre desquels il sera tenu compte à la fois des indications médicales, des indications socio-économiques et des contre-indications.

La Commission de convention a toujours voulu élaborer un nouveau système de financement pour la dialyse. Dès 2006, elle avait soulevé une série de questions sur les écarts de coût entre les techniques de dialyse et les facteurs susceptibles d'alourdir la prise en charge de certains patients dialysés.

Au printemps 2010, la Commission de convention a pris connaissance des résultats de l'étude du Centre d'expertise et a demandé au collège des néphrologues de rédiger des directives qui prendraient en considération les indications et contre-indications médicales et socio-économiques. Dès que ces directives auront été définies, la Commission de convention élaborera un nouveau système de financement qui ne manquera pas d'aborder la question des honoraires des néphrologues.

À l'origine, la dialyse à domicile était destinée à des patients capables d'effectuer eux-mêmes ce traitement ou qui ont dans leur entourage direct quelqu'un en mesure de le faire. Le secteur des soins infirmiers à domicile signale qu'un nouveau type de dialyse à domicile qui exige davantage de soins infirmiers émerge actuellement. Le 15 décembre 2010, à l'issue d'une réunion conjointe des Commissions conventions hôpitaux et infirmiers, il a été décidé de procéder à une évaluation financière de ces nouvelles prestations infirmières.

En mars, une réunion sera consacrée à l'élaboration d'une fiche des besoins dans la perspective de la confection du budget 2012. Un meilleur financement des soins infirmiers dans le cadre de la dialyse à domicile stimulera sans doute ce type de soins.

02.03 Maggie De Block (Open Vld): La patience est manifestement de rigueur. Je pense toutefois que ces précisions constituent une bonne nouvelle pour les patients. Ces derniers sont autonomes et sont également devenus plus habiles. Nous devons prioritairement considérer ce dossier sous l'angle des coûts pour les patients. Nous devons faire en sorte que les patients puissent bénéficier des soins nécessaires dans leur propre environnement.

L'incident est clos.

03 Question de M. Franco Seminara à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "la vente aux États-Unis de thiopental" (n° 2316)

03.01 Franco Seminara (PS): Le laboratoire pharmaceutique Hospira, le seul aux États-Unis à fabriquer le thiopental, un anesthésiant utilisé dans les exécutions mortelles par injection, a décidé d'en cesser la production. Les autorités italiennes ont refusé de reprendre la fabrication du produit et le ministre allemand de la Santé a demandé aux laboratoires pharmaceutiques de son pays de refuser de vendre du thiopental

aux États-Unis.

Des entreprises belges fabriquent-elles ce produit et, si oui, est-il vendu aux autorités pénitentiaires américaines? Entendez-vous suivre l'exemple des autorités italiennes et allemandes?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Aucune entreprise belge n'est autorisée à fabriquer des médicaments à base de thiopental. Le seul médicament à base de thiopental autorisé en Belgique est le pentothal de la firme Hospira, importé d'Italie. Les lots importés approvisionnent les pharmaciens belges et luxembourgeois.

La firme Hospira a demandé une dérogation pour importer des emballages, destinés au marché espagnol. Celle-ci a été accordée par la Commission consultative de l'Agence fédérale des médicaments, fin novembre dernier. Les 12 000 flacons en question seront délivrés, par l'intermédiaire de la firme Eumédica qui n'a pas d'autorisation d'exportation pour le penthotal. Il n'y aura donc aucun risque ni d'exportation, ni de pénurie de penthotal en Belgique.

L'incident est clos.

04 Question de Mme Rita De Bont à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "les expériences concernant le refroidissement thérapeutique en cas d'attaques cérébrales" (n° 2357)

04.01 Rita De Bont (VB): L'hypothermie thérapeutique serait meilleur marché et plus efficace que les médicaments actuellement prescrits pour atténuer les conséquences d'un AVC.

La Belgique a-t-elle participé à la première période de test? Quelles sont les conclusions et les recommandations formulées par l'organisme impliqué? Cette expérience a-t-elle bénéficié d'aides publiques? La Belgique va-t-elle plaider auprès de l'UE pour qu'elle soutienne le projet pilote que l'European Stroke Organisation (ESO) voudrait lancer en la matière?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Selon une étude récente du réseau européen de recherches sur l'hypothermie, l'hypothermie thérapeutique permettra d'augmenter considérablement les chances de survie après un accident vasculaire cérébral (AVC).

Jusqu'à présent, seules sept études ont été réalisées sur le sujet. La Belgique n'a pas participé à ces recherches préliminaires.

De nombreuses questions restent ouvertes. Ainsi, la température idéale à atteindre dans le cadre de cette thérapie n'a pas encore été définie clairement. Selon l'ESO, la meilleure norme de traitement d'un AVC reste actuellement la thrombolyse précoce.

S'il apparaît que le refroidissement thérapeutique est salutaire en cas d'AVC et qu'un protocole standardisé et internationalement reconnu peut être développé, nous prendrons toutes les mesures nécessaires pour l'appliquer chez nous. Cependant, beaucoup de questions restent sans réponse, jusqu'ici, à propos de l'efficacité et de l'innocuité de ce traitement.

04.03 Rita De Bont (VB): Si beaucoup de questions se posent effectivement encore, la ministre a dit elle-même que cette thérapie pourrait non seulement peut-être sauver des vies, mais qu'elle augmenterait aussi considérablement la qualité de vie dans la plupart des cas. Le coût social des attaques cérébrales pourrait ainsi être considérablement réduit.

La ministre pourrait-elle en tout état de cause apporter une sorte de soutien aux expériences qui devraient apporter une réponse à toutes ces questions?

04.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*): Des études sont menées dans d'autres pays. Il convient donc d'attendre.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Catherine Fonck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale, sur "le choix du sexe des enfants à naître" (n° 2395)

05.01 Catherine Fonck (cdH): Selon certains médias flamands, des couples néerlandais se rendraient à Anvers et paieraient pour déterminer le sexe de leur futur enfant. Inscrits via le site internet d'un homme d'affaires néerlandais, ces couples seraient dirigés vers un gynécologue flamand qui effectuerait la sélection des cellules souches à inséminer.

Ce gynécologue ne travaillerait pas uniquement en privé, mais également dans une institution agréée en matière d'insémination et de procréation médicalement assistée. Pourtant, de tels actes sont condamnés par la législation. Cela était également mis en évidence par le Comité consultatif d'éthique.

Pouvez-vous nous en dire davantage? La loi comporte-t-elle des failles qui permettent de tels agissements? Les contrôles, prévus par la législation, sont-ils réalisés et suffisants?

Que comptez-vous mettre en œuvre pour faire cesser d'urgence ces pratiques choquantes, même si nous sommes en affaires courantes?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*): Comme vous, j'ai été fortement interpellée par de telles pratiques médicales, interdites par la législation belge.

J'ai demandé à l'Agence des médicaments ainsi qu'au SPF Santé publique de mener une analyse conjointe des législations applicables, dans le but de vérifier que notre législation est bétonnée contre de tels agissements.

La procréation médicalement assistée ne peut s'effectuer que dans les centres hospitaliers agréés (centres PMA).

La sélection du sexe de l'enfant à naître est interdite par la loi du 6 juillet 2007, et s'applique aussi bien à la sélection des embryons qu'à celle des gamètes masculins.

Une interdiction similaire figure dans la loi du 11 mai 2003 relative à la recherche sur les embryons *in vitro*. Il existe une exception, qui consiste à autoriser cette pratique en vue d'écarter les embryons ou spermatozoïdes atteints de maladies liées au sexe. Dans cette hypothèse, la loi du 19 décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique est également d'application.

Ces activités sont limitées aux centres PMA agréés, qui doivent avoir obtenu un agrément de banque de matériel corporel humain et sont inspectés par l'Agence des médicaments.

Un procès-verbal commun à l'Agence des médicaments et au SPF Santé publique sera transmis au parquet d'Anvers. Si des infractions étaient confirmées, elles seraient lourdement sanctionnées.

05.03 Catherine Fonck (cdH): Je reste perplexe sur le fait de ramener cela à des pratiques individuelles.

Je vous demanderais de poser également des questions sur ce centre agréé. J'ai du mal à croire que ce gynécologue ait pu être le seul au courant. Dans de tels centres, on travaille beaucoup en équipes multidisciplinaires.

De telles pratiques jettent l'opprobre sur l'ensemble des centres.

L'incident est clos.

La réunion publique est levée à 14 h 57.

De vergadering wordt geopend om 14.24 uur en voorgezeten door mevrouw Marie-Claire Lambert.

01 Vraag van de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de terugbetaling van het geneesmiddel Taxotere" (nr. 2189)

01.01 Daniel Bacquelaine (MR): Naar verluidt werd de aanvraag tot terugbetaling van Taxotere® voor de behandeling van borstkanker zonder kliermetastasen geweigerd, ondanks een positief advies van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG). Taxotere® is het enige taxaan waarvan bewezen is dat het de kans op ziektevrije overleving van de patiënt na een follow-up van 5 jaar met 33 procent verhoogt. Bij heel wat zogenaamd 'kliernegatieve' tumoren is de prognose echter minder gunstig.

Waarom werd die terugbetalingsaanvraag geweigerd en wat zal u in dit verband ondernemen?

01.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik heb goed nieuws! Na besprekingen met de firma, die met een prijsdaling instemde, volgde er een positieve beslissing. Dit geneesmiddel zal dus kunnen worden terugbetaald.

01.03 Daniel Bacquelaine (MR): Werd de toelating al gegeven?

01.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De procedure is nog aan de gang.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nr. 2200 van mevrouw De Bue is uitgesteld.

02 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de studie van het Kenniscentrum inzake nierdialyse" (nr. 2247)

02.01 Maggie De Block (Open Vld): Het Kenniscentrum voerde een studie uit over twee types nierdialyse, de hemodialyse en de peritoneale nierdialyse. De eerste gebeurt in daghospitalisatie en wordt het meest toegepast, de tweede wordt thuis gedaan door de patiënten zelf.

Volgens het studiebureau IMS kostte een hemodialyse in 2006 72.350 euro per patiënt aan de overheid en 3.236 euro remgeld, een peritoneale dialyse kostte de overheid ongeveer 55.000 euro en de patiënt 1.500 euro. Het aantal patiënten stijgt.

Het Kenniscentrum en de studie van IMS pleiten voor meer peritoneale dialyse, omdat die goedkoper is en de patiënt een grotere autonomie geeft.

De patiënten moeten beter worden geïnformeerd. Wie een programma, opgesteld door een hoofdverpleegkundige van de UCL, raadpleegt, kiest in 45 procent van de gevallen voor de peritoneale nierdialyse.

Worden de patiënten met nierziekten verplicht geïnformeerd over de verschillende mogelijkheden? Kan de overheid daarbij een actieve rol spelen? Wat is het standpunt van de minister over een financiering op basis van de reële kosten en een herziening van de vergoeding van de nefrologen voor verschillende types van nierdialyse?

Moeten er geen initiatieven worden genomen om meer te komen tot thuisdialyse? Welke initiatieven zal de minister nemen?

02.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Er bestaat geen informatieplicht over de verschillende types nierdialyse. Het is de verantwoordelijkheid van de arts om de patiënt te informeren en dan met de patiënt een behandeling te kiezen.

De vertegenwoordigers van de ziekenhuisfederaties geven aan dat zij, van zodra er een nieuw financieringssysteem van kracht wordt, een opleiding predialyse en patiëntenbegeleiding willen invoeren, waarbij men met zowel medische als sociaaleconomische indicaties en contra-indicaties rekening houdt.

Het is altijd de bedoeling van de Overeenkomstencommissie geweest om een nieuw financieringssysteem voor dialyse uit te werken. Al in 2006 formuleerde ze een aantal vragen over de verschillen in kostprijs tussen de dialysetechnieken en de factoren die de tenlasteneming van bepaalde dialysepatiënten kunnen verzwaren.

In het voorjaar van 2010 heeft de Overeenkomstencommissie kennis genomen van de resultaten van de KC-studie en het college van nefrologen gevraagd om richtlijnen op te stellen, rekening houdend met medische en sociaaleconomische indicaties en contra-indicaties. Als die richtlijnen er zijn, zal de Overeenkomstencommissie een nieuw financieringssysteem uitwerken. Daarbij zal ook de vergoeding van de nefrologen aan bod komen.

De thuisdialyse was oorspronkelijk bedoeld voor patiënten die de dialyse zelf kunnen uitvoeren of iemand in hun directe omgeving hebben die dat kan. Vanuit de thuisverpleging komt het signaal dat er zich een nieuwe vorm van thuisdialyse ontwikkelt die meer verpleegkundige zorg vereist. In een gezamenlijke vergadering van de Overeenkomstencommissie Ziekenhuizen en Verpleegkundigen op 15 december 2010 is beslist om een financiële evaluatie van deze verpleegkundige verstrekking te maken.

In maart wordt vergaderd over het opstellen van een behoeftefiche met het oog op de opmaak van de begroting voor 2012. Een betere financiering van de verpleegkundige activiteit bij thuisdialyse zal deze zorgvorm vermoedelijk stimuleren.

02.03 Maggie De Block (Open Vld): Blijkbaar moet men geduld hebben. Ik denk wel dat dit goed nieuws is voor de patiënten. Het gaat om autonome patiënten; de mensen zijn ook handiger geworden. We moeten eerst naar de kosten voor de patiënt kijken. We moeten ernaar streven om mensen in hun eigen omgeving de nodige zorg te bieden.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van de heer Franco Seminara aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "de verkoop van thiopental in de Verenigde Staten" (nr. 2316)

03.01 Franco Seminara (PS): Het farmaceutisch laboratorium Hospira, dat als enige in de Verenigde Staten thiopental produceert, d.i. het anestheticum dat gebruikt wordt voor de voltrekking van doodvonnissen door middel van dodelijke injecties, besliste de productie van dat middel stop te zetten. De Italiaanse autoriteiten weigerden de productie van thiopental te hervatten en de Duitse minister van Volksgezondheid heeft de farmaceutische laboratoria in zijn land verzocht geen thiopental aan de Verenigde Staten te verkopen.

Zijn er Belgische ondernemingen die dat middel produceren en zo ja, wordt het aan de Amerikaanse gevangenisautoriteiten verkocht? Zal u het voorbeeld van de Italiaanse en Duitse autoriteiten volgen?

03.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Geen enkele Belgische onderneming mag geneesmiddelen op basis van thiopental produceren. Het enige geneesmiddel op basis van thiopental dat in België is toegestaan, is Pentothal van Hospira, dat vanuit Italië wordt ingevoerd. De ingevoerde loten zijn bestemd voor de apothekers in België en Luxemburg.

Hospira had een afwijking aangevraagd voor de invoer van verpakkingen die voor de Spaanse markt bestemd waren. Het raadgevend comité van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten heeft dat verzoek eind november 2010 gehonoreerd. De 12.000 flacons in kwestie zullen worden vrijgegeven via het farmaceutisch bedrijf Eumedica, dat geen uitvoervergunning heeft voor Penthotal. Er is dus geen enkel risico dat België Penthotal zal uitvoeren of dat er in ons land een tekort aan Penthotal zou ontstaan.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van mevrouw Rita De Bont aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "experimenten met therapeutische koeling bij beroertes" (nr. 2357)

04.01 Rita De Bont (VB): Therapeutische koeling zou goedkoper en efficiënter zijn dan de geneesmiddelen die nu de gevolgen van beroertes moeten verlichten.

Heeft België deelgenomen aan de eerste testperiode? Wat zijn de bevindingen en de aanbevelingen van de betrokken instantie? Kreeg dit experiment overheidssteun? Zal België er bij de EU voor pleiten het grootschalige proefproject waarmee de European Stroke Organisation (ESO) van start wil gaan, te steunen?

04.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Volgens een recente studie van het Europese netwerk voor onderzoek naar hypothermie, zal therapeutische hypothermie de overlevingskansen bij cerebrovasculaire accidenten (CVA) aanzienlijk verhogen.

Er werden tot nu slechts zeven studies uitgevoerd. België heeft niet deelgenomen aan deze preliminaire studies.

Er blijven nog vele vragen onbeantwoord. Het is bijvoorbeeld nog niet duidelijk wat de optimale hypothermie is. Volgens de ESO is de beste behandelingsstandaard voor CVA nog steeds vroegtijdige trombolysie.

Als blijkt dat koeling heilzaam is voor de behandeling van CVA en men een gestandaardiseerd protocol kan uitwerken dat internationaal wordt erkend, zullen wij alle maatregelen nemen om dat bij ons toe te passen. Tot op heden blijven echter veel vragen over de doeltreffendheid en de onschadelijkheid onopgelost.

04.03 Rita De Bont (VB): Er zijn inderdaad nog heel wat vragen, maar de minister zei zelf dat de therapie niet alleen levensreddend zou kunnen zijn, maar in de meeste gevallen ook de levenskwaliteit aanzienlijk zou verhogen. Daardoor zouden de maatschappelijke kosten van een beroerte aanzienlijk kunnen afnemen.

Zou de minister de experimenten, die een antwoord op al die vragen moeten kunnen geven, enigszins kunnen steunen?

04.04 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Er lopen studies in andere landen. We moeten dus nog even wachten.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, over "genderselectie" (nr. 2395)

05.01 Catherine Fonck (cdH): Volgens berichten in de Vlaamse pers zouden Nederlandse koppels naar Antwerpen komen om tegen betaling het geslacht van hun toekomstige baby te kiezen. Deze koppels zouden zich hebben ingeschreven op de site van een Nederlandse zakenman en zo bij een Vlaamse gynaecoloog zijn terechtgekomen, die een selectie maakt van de te insemineren stamcellen.

Die gynaecoloog zou niet alleen in een privépraktijk, maar ook in een erkende instelling voor inseminatie en medisch begeleide voortplanting werken. Deze praktijken zijn echter bij wet verboden. Dat is ook bevestigd door het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek.

Kunt u ons hier meer over vertellen? Bevat de wet hiaten waardoor dergelijke handelingen mogelijk zijn? Worden de controles waarin de wet voorziet wel uitgevoerd en zijn ze toereikend?

Welke maatregelen gaat u treffen om deze schokkende praktijken zo snel mogelijk te doen ophouden, ook al is dit een periode van lopende zaken?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Net als u ben ik erg gechoqueerd door dergelijke medische praktijken, die verboden zijn door de Belgische wetgeving.

Ik heb het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten en de FOD Volksgezondheid dan ook belast met een gezamenlijke analyse van de toepasselijke wetgeving, teneinde na te gaan of onze wetgeving geen leemtes vertoont die zulke wanpraktijken mogelijk maken.

Medisch begeleide voortplanting mag alleen plaatsvinden in erkende ziekenhuizen (fertiliteitscentra).

Genderselectie is verboden bij de wet van 6 juli 2007 en betreft zowel de selectie van embryo's als van mannelijke gameten.

Een soortgelijk verbod is opgenomen in de wet van 11 mei 2003 betreffende het onderzoek op embryo's in vitro. Die praktijk wordt uitzonderlijk toegestaan indien er embryo's of zaadcellen worden weggenomen die drager zijn van geslachtsgebonden ziektes. In die hypothese is ook de wet van 19 december 2008 inzake het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek van toepassing.

Die activiteiten zijn enkel toegelaten in erkende fertiliteitscentra, die als bank voor menselijk lichaamsmateriaal dienen te zijn erkend en die door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten worden gecontroleerd.

Een gezamenlijk proces-verbaal van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten en de FOD Volksgezondheid zal aan het Antwerpse parket worden overgezonden. Als blijkt dat er inderdaad overtredingen zijn begaan, zullen die zwaar worden bestraft.

05.03 **Catherine Fonck** (cdH): Ik sta er perplex van dat men dit afdoet als louter individuele praktijken.

Ik dring erop aan dat u ook navraag zou doen naar dat erkende centrum. Ik kan immers moeilijk aannemen dat die gynaecoloog als enige op de hoogte was. In dergelijke centra wordt er immers vaak in multidisciplinaire teams gewerkt.

Dergelijke wanpraktijken werpen een smet op de hele sector.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 14.57 uur.