



BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRESENTANTS
DE BELGIQUE

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMPTE RENDU INTEGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

COMMISSIE VOOR DE VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

dinsdag

mardi

14-07-2009

14-07-2009

Namiddag

Après-midi

<i>cdH</i>	<i>centre démocrate Humaniste</i>
<i>CD&V</i>	<i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
<i>Ecolo-Groen!</i>	<i>Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen!</i>
<i>FN</i>	<i>Front National</i>
<i>LDD</i>	<i>Lijst Dedecker</i>
<i>MR</i>	<i>Mouvement réformateur</i>
<i>N-VA</i>	<i>Nieuw-Vlaamse Alliantie</i>
<i>Open Vld</i>	<i>Open Vlaamse Liberalen en Democraten</i>
<i>PS</i>	<i>Parti Socialiste</i>
<i>sp.a</i>	<i>socialistische partij anders</i>
<i>VB</i>	<i>Vlaams Belang</i>

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	
<i>DOC 52 0000/000</i>	<i>Parlementair stuk van de 52e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer</i>	<i>DOC 52 0000/000</i>	<i>Document parlementaire de la 52e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif</i>
<i>QRVA</i>	<i>Schriftelijke Vragen en Antwoorden</i>	<i>QRVA</i>	<i>Questions et Réponses écrites</i>
<i>CRIV</i>	<i>voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)</i>	<i>CRIV</i>	<i>version provisoire du Compte Rendu Intégral (couverture verte)</i>
<i>CRABV</i>	<i>Beknopt Verslag (blauwe kaft)</i>	<i>CRABV</i>	<i>Compte Rendu Analytique (couverture bleue)</i>
<i>CRIV</i>	<i>Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)</i> <i>(PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)</i>	<i>CRIV</i>	<i>Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)</i> <i>(PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)</i>
<i>PLEN</i>	<i>plenum</i>	<i>PLEN</i>	<i>séance plénière</i>
<i>COM</i>	<i>commissievergadering</i>	<i>COM</i>	<i>réunion de commission</i>
<i>MOT</i>	<i>alle moties tot besluit van interpellaties (op beige kleurig papier)</i>	<i>MOT</i>	<i>motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)</i>

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>	<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>
<i>Bestellingen :</i>	<i>Commandes :</i>
<i>Natieplein 2</i>	<i>Place de la Nation 2</i>
<i>1008 Brussel</i>	<i>1008 Bruxelles</i>
<i>Tel. : 02/ 549 81 60</i>	<i>Tél. : 02/ 549 81 60</i>
<i>Fax : 02/549 82 74</i>	<i>Fax : 02/549 82 74</i>
<i>www.deKamer.be</i>	<i>www.laChambre.be</i>
<i>e-mail : publicaties@deKamer.be</i>	<i>e-mail : publications@laChambre.be</i>

INHOUD

Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van het beroep van osteopaat" (nr. 13716)	1
<i>Sprekers: Luc Goutry, Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	
Samengevoegde vragen van	3
- mevrouw Muriel Gerkens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de houdbaarheidsdatum van de voorraden van doeltreffende antivirale geneesmiddelen tegen griep" (nr. 13719)	3
- de heer Luk Van Biesen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kostprijs van het vaccin tegen de Mexicaanse griep" (nr. 14272)	3
- mevrouw Mia De Schamphelaere aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "maatregelen tegen de Mexicaanse griep" (nr. 14310)	3
- de heer Georges Dallemagne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beschikbaarheid van vaccins tegen de A/H1N1-griep" (nr. 14410)	3
- mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanpak van een mogelijke griep пандеміе" (nr. 14425)	3
<i>Sprekers: Muriel Gerkens, Luk Van Biesen, Mia De Schamphelaere, Martine De Maght, Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Georges Dallemagne</i>	
Samengevoegde vragen van	13
- de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvolging van het beleid inzake CVS" (nr. 13782)	13
- mevrouw Maggie De Block aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de referentiecentra voor het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 14197)	14
<i>Sprekers: Luc Goutry, Maggie De Block, Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	
Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de samenstelling van de Technische Commissie voor Verpleegkunde" (nr. 13818)	18
<i>Sprekers: Luc Goutry, Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>	
Samengevoegde vragen van	21

SOMMAIRE

Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance de la profession d'ostéopathe" (n° 13716)	1
<i>Orateurs: Luc Goutry, Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Questions jointes de	3
- Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la date de péremption des stocks de médicaments antiviraux efficaces contre la grippe" (n° 13719)	3
- M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût du vaccin contre la grippe mexicaine" (n° 14272)	3
- Mme Mia De Schamphelaere à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des mesures contre la grippe A/H1N1" (n° 14310)	3
- M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la disponibilité des vaccins contre la grippe A/H1N1" (n° 14410)	3
- Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lutte contre une éventuelle pandémie grippale" (n° 14425)	3
<i>Orateurs: Muriel Gerkens, Luk Van Biesen, Mia De Schamphelaere, Martine De Maght, Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Georges Dallemagne</i>	
Questions jointes de	14
- M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi de la politique menée en matière de SFC" (n° 13782)	14
- Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les centres de référence pour le syndrome de fatigue chronique" (n° 14197)	14
<i>Orateurs: Luc Goutry, Maggie De Block, Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la composition de la Commission technique de l'art infirmier" (n° 13818)	18
<i>Orateurs: Luc Goutry, Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Questions jointes de	21

- de heer Georges Dallemagne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de etnische ongelijkheden op gezondheidsvlak" (nr. 13847)	21	- M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les disparités ethniques en matière de santé" (n° 13847)	21
- mevrouw Muriel Gerken aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de etnische ongelijkheden op het gebied van de gezondheid in België" (nr. 14292)	21	- Mme Muriel Gerken à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les disparités sanitaires sur base ethnique existantes en Belgique" (n° 14292)	21
<i>Sprekers: Georges Dallemagne, Muriel Gerken, Laurette Onkelinx</i> , vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Georges Dallemagne, Muriel Gerken, Laurette Onkelinx</i> , vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het in België in de handel brengen van Atripla" (nr. 13983)	24	Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise sur le marché belge de l'Atripla" (n° 13983)	24
<i>Sprekers: Colette Burgeon, Laurette Onkelinx</i> , vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Colette Burgeon, Laurette Onkelinx</i> , vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de doeltreffendheid van het rookstopgeneesmiddel Champix" (nr. 13984)	25	Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'efficacité du médicament pour arrêter de fumer Champix" (n° 13984)	25
<i>Sprekers: Colette Burgeon, Laurette Onkelinx</i> , vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Colette Burgeon, Laurette Onkelinx</i> , vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verbod op de verkoop van voedingsstoffen met een transvetzuurpercentage dat hoger is dan 0,5 g per portie" (nr. 13985)	27	Question de Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'interdiction de vendre des aliments dont la teneur en acide gras 'trans' dépasse 0,5 g par portion" (n° 13985)	27
<i>Sprekers: Colette Burgeon, Laurette Onkelinx</i> , vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Colette Burgeon, Laurette Onkelinx</i> , vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Samengevoegde vragen van	29	Questions jointes de	29
- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de recente studie van het Kenniscentrum Gezondheidszorg over PET-scanners" (nr. 14095)	29	- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude récente du Centre d'expertise des soins de santé à propos des PET-scans" (n° 14095)	29
- de heer Daniel Bacquelaine aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het updaten van het KCE-rapport inzake positron emissie tomografie in België" (nr. 14165)	29	- M. Daniel Bacquelaine à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise à jour du rapport du KCE sur la tomographie par émission de positrons en Belgique" (n° 14165)	29
<i>Sprekers: Koen Bultinck, Laurette Onkelinx</i> , vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Koen Bultinck, Laurette Onkelinx</i> , vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	
Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van INR-meters" (nr. 14114)	33	Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des appareils de mesure de l'INR" (n° 14114)	33
<i>Sprekers: Yolande Avontroodt, Laurette Onkelinx</i> , vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid		<i>Orateurs: Yolande Avontroodt, Laurette Onkelinx</i> , vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique	

Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opbrengst van de toepassing van de Kiwiprocedure op simvastatines" (nr. 14137)	34	Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le produit de l'application de la procédure KIWI aux simvastatines" (n° 14137)	34
<i>Sprekers: Luc Goutry, Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>		<i>Orateurs: Luc Goutry, Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Samengevoegde vragen van	37	Questions jointes de	38
- de heer Koen Bultinck aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitspraak van het Antwerpse hof van beroep inzake het koninklijk besluit tot het verbieden van het roken in openbare plaatsen" (nr. 14141)	37	- M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le jugement de la cour d'appel d'Anvers concernant l'arrêté royal portant interdiction de fumer dans les lieux publics" (n° 14141)	38
- de heer Jean Marie Dedecker aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het uitbreiden van het rookverbod" (nr. 14145)	37	- M. Jean Marie Dedecker à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'élargissement de l'interdiction de fumer" (n° 14145)	38
- mevrouw Sarah Smeyers aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitspraak van het Antwerpse hof van beroep inzake het koninklijk besluit tot het verbieden van het roken in openbare plaatsen" (nr. 14148)	38	- Mme Sarah Smeyers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le jugement de la cour d'appel d'Anvers concernant l'arrêté royal portant interdiction de fumer dans les lieux publics" (n° 14148)	38
<i>Sprekers: Koen Bultinck, Sarah Smeyers, Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>		<i>Orateurs: Koen Bultinck, Sarah Smeyers, Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Vraag van de heer Mathias De Clercq aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de privé-klinieken voor plastische chirurgie" (nr. 14180)	42	Question de M. Mathias De Clercq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les cliniques privées de chirurgie plastique" (n° 14180)	42
<i>Sprekers: Mathias De Clercq, Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>		<i>Orateurs: Mathias De Clercq, Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparingen in de klinische biologie en medische beeldvorming" (nr. 14182)	44	Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies réalisées en biologie clinique et imagerie médicale" (n° 14182)	44
<i>Sprekers: Yolande Avontroodt, Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>		<i>Orateurs: Yolande Avontroodt, Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Samengevoegde vragen van	46	Questions jointes de	46
- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "dementie" (nr. 14183)	46	- Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la démence" (n° 14183)	46
- mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorg op maat bij dementerenden" (nr. 14344)	46	- Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins sur mesure pour les personnes démentes" (n° 14344)	46
<i>Sprekers: Yolande Avontroodt, Martine De Maght, Laurette Onkelinx, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid</i>		<i>Orateurs: Yolande Avontroodt, Martine De Maght, Laurette Onkelinx, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique</i>	
Vraag van mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale	51	Question de Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales	51

Zaken en Volksgezondheid over "de populariteit van onze vruchtbaarheidscentra bij buitenlanders" (nr. 14191)

Sprekers: **Martine De Maght, Laurette Onkelinx**, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

Orateurs: **Martine De Maght, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

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

Sprekers: **Yolande Avontroodt, Laurette Onkelinx**, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

Orateurs: **Yolande Avontroodt, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

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

Sprekers: **Olivier Destrebecq, Laurette Onkelinx**, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

Orateurs: **Olivier Destrebecq, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

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

Sprekers: **Josée Lejeune, Laurette Onkelinx**, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

Orateurs: **Josée Lejeune, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

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

Sprekers: **Muriel Gerkens, Laurette Onkelinx**, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

Orateurs: **Muriel Gerkens, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

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

Sprekers: **Muriel Gerkens, Laurette Onkelinx**, vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

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

Orateurs: **Muriel Gerkens, Laurette Onkelinx**, vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

van

du

DINSDAG 14 JULI 2009

MARDI 14 JUILLET 2009

Namiddag

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.22 uur en voorgezeten door de heer Luc Goutry.
La séance est ouverte à 14.22 heures et présidée par M. Luc Goutry.

01 **Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van het beroep van osteopaat" (nr. 13716)**

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

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

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

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

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

Na een eerste onderzoek van de situatie leek het mij immers moeilijk om eenvoudigweg een wet uit te voeren die al tien jaar geleden werd

01.01 **Luc Goutry** (CD&V): Les arrêtés d'exécution de la loi sur les médecines non conventionnelles se font attendre, alors que le loi a été votée il y a douze ans déjà. L'agrément des ostéopathes n'est donc toujours pas possible. Cette matière relève tant de la ministre des Classes moyennes, puisqu'il s'agit d'une profession libérale, que de la ministre de la Santé publique, puisque les ostéopathes doivent figurer dans l'arrêté royal n° 78.

Pouvez-vous établir un état des lieux du dossier relatif à l'agrément des ostéopathes? Un groupe de travail intercabinets planche-t-il sur le sujet? Des décisions ont-elles déjà été prises ou des arrêtés royaux élaborés? Quand le Conseil des ministres doit-il aborder ce dossier?

01.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: En octobre 2008, j'ai chargé le Centre fédéral d'expertise des soins de santé de réaliser une étude sur les pratiques non conventionnelles. Celles-ci ont en effet fortement évolué au cours des douze

goedgekeurd, terwijl de situatie van bepaalde van deze praktijken intussen gevoelig evolueerde.

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

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

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

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

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

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

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

Voorzitter: Muriel Gerkens.

Présidente: Muriel Gerkens.

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

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

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

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

dernières années.

Ainsi, l'ostéopathie et l'acupuncture sont enseignées dans les facultés universitaires et des mutuelles remboursent également certaines prestations. Les résultats de l'étude sont attendus pour fin 2009, début 2010.

La ministre des Classes moyennes a préparé un projet d'arrêté royal visant à protéger le titre d'ostéopathe, en exécution de la loi du 3 août 2007 relative aux professions intellectuelles prestataires de service. Nos cabinets examinent actuellement ce projet mais les discussions ne sont pas encore terminées.

L'agrément de l'ostéopathie et des ostéopathes à titre individuel relève toutefois de la compétence du département de la Santé publique. Le Conseil supérieur des indépendants s'est prononcé en ce sens. Il conviendra dès lors de vérifier si l'initiative de ma collègue est compatible avec la loi de 1999 et avec les résultats de l'étude demandée.

01.03 Luc Goutry (CD&V): Les résultats de cette étude ne seront pas disponibles avant la fin de l'année, ce qui n'est pas de nature à faire avancer les choses. Je serai donc amené à reposer cette question à la fin de cette année.

02 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerrens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la date de péremption des stocks de médicaments antiviraux efficaces contre la grippe" (n° 13719)
- M. Luk Van Biesen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le coût du vaccin contre la grippe mexicaine" (n° 14272)
- Mme Mia De Schamphelaere à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "des mesures contre la grippe A/H1N1" (n° 14310)
- M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la disponibilité des vaccins contre la grippe A/H1N1" (n° 14410)
- Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lutte contre une éventuelle pandémie grippale" (n° 14425)

02 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerrens aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de houdbaarheidsdatum van de voorraden van doeltreffende antivirale geneesmiddelen tegen griep" (nr. 13719)
- de heer Luk Van Biesen aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kostprijs van het vaccin tegen de Mexicaanse griep" (nr. 14272)
- mevrouw Mia De Schamphelaere aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "maatregelen tegen de Mexicaanse griep" (nr. 14310)
- de heer Georges Dallemagne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de beschikbaarheid van vaccins tegen de A/H1N1-griep" (nr. 14410)
- mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanpak van een mogelijke griep пандеміе" (nr. 14425)

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

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

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

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

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

02.01 Muriel Gerrens (Ecolo-Groen!): De antivirale geneesmiddelen kunnen nog tot 2010 gebruikt worden. Daarna zullen ze vervangen moeten worden, omdat de uiterste houdbaarheidsstermijn verlopen zal zijn.

Hoe heeft men bepaald hoe lang de bestanddelen van die geneesmiddelen werkzaam blijven? Wie heeft die tests uitgevoerd?

Een geneesmiddel waarvan de houdbaarheidsdatum verstreken is, blijft soms nog lange tijd werkzaam. Welke bewijzen moeten er geleverd worden met betrekking tot de houdbaarheid van geneesmiddelen?

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

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

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

Ik heb de volgende vragen.

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

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

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

Heel het openbare publieke leven zou kunnen stilvallen door een

02.02 Luk Van Biesen (Open Vld): En tant que membre de la commission des Finances, je m'interroge sur le prix d'achat des vaccins contre la grippe. À un moment donné, il a été question de la confection gratuite de plus d'un million de vaccins. Quel budget a-t-on prévu à cet effet?

La loi-programme de 2005 prévoyait un montant de 12 millions d'euros pour les vaccins dans le cadre de l'ESB. On a effectué à cet effet une débudgétisation par la création d'un compte de trésorerie, dont le solde est toujours de 12 millions d'euros aujourd'hui. Aucun ministre n'a donc opéré de rectification par la suite.

À combien de vaccins songe-t-on? Quel en est le coût? Ce montant est-il inscrit au budget de la Santé publique ou songe-t-on à une opération telle que celle prévue dans la loi-programme de 2005?

02.03 Mia De Schamphelaere (CD&V): La grippe mexicaine se situe dans une nouvelle phase et de nouvelles mesures ont été annoncées. Les autorités s'engagent à préparer au mieux la population à une pandémie, qui touchera certainement aussi notre pays. Il est très important de rester serein car les réactions de panique sont à éviter, également pour le climat économique. Une mauvaise évaluation de la situation risque de paralyser toute

verkeerde inschatting. Ik meen dat de overheid zich goed moet voorbereiden, de bevolking zo goed mogelijk moet informeren, ervoor moet zorgen dat de hulpmiddelen zo goed mogelijk bereikbaar en verdeeld zijn en vooral ook de kalmte en de sereniteit moet bewaren.

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

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

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

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

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

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

Waarom wil men in België...

la vie publique. Je pense donc que les autorités doivent bien se préparer, correctement informer la population, veiller à ce que les moyens nécessaires soient accessibles et surtout, préserver le calme et la sérénité.

Il est également important d'agir ensemble au niveau européen face aux fabricants de vaccins. Tous les États membres devraient accorder la priorité aux mêmes groupes cibles.

Un changement de cap s'opère sur le plan politique. Désormais, seuls les seniors, les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes pourraient encore obtenir gratuitement des médicaments antiviraux dans notre pays. Pourquoi a-t-on adapté les groupes cibles?

02.04 Martine De Maght (LDD): Il y a un risque important qu'après la période de vacances, nous soyons confrontés à une pandémie de grippe. Plus l'exposition à un virus est longue, plus la maladie peut être sérieuse. Tous les jours, de nouvelles personnes sont atteintes par ce virus de la grippe, chez nous comme dans les pays voisins. L'OMS a publié hier le chiffre de plus de 98.000 cas diagnostiqués, dont 440 morts, et certains en Angleterre. Pour la Belgique, le compteur a atteint les 126 cas constatés.

S'il est pratiquement impossible d'émettre des prévisions, des mesures s'imposent cependant. Les Pays-Bas et la France ont

commandé des vaccins pour l'ensemble de la population tandis que chez nous, la vaccination n'est prévue que pour 1 million de personnes. En tout cas, c'est ce que communique la presse. La ministre peut-elle rectifier ces informations?

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

02.05 Minister **Laurette Onkelinx:** Waar haalt u die informatie vandaan? Uit de pers?

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

02.06 Martine De Maght (LDD): La question se pose de savoir pourquoi la ministre ne prévoit pas suffisamment de vaccins pour tout le monde. S'agit-il d'une mesure économique? Un argument scientifique le justifie-t-il? Cette décision se fonde-t-elle sur des éléments internes au département de la Santé publique? Qui assumera la responsabilité s'il y a des victimes?

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

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

Niemand kan vandaag voorspellen wat de omvang van de pandemie zal worden, maar wij vragen ons af, als die cijfers over het aantal vaccins kloppen, wie dan de verantwoordelijk zal dragen mochten er toch slachtoffers vallen, mensen die de griep niet overleven, of wier leven in gevaar komt? Indien zij gevaccineerd zouden zijn, kan men dat vermijden. Ik had hier dus graag een antwoord op.

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

Cela dit, c'est toujours bon de répéter.

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

02.07 Minister **Laurette Onkelinx:** De Belgische voorraad is goed voor ongeveer 500.000 behandelingen, die gebruiksklaar zijn. Het gaat om geneesmiddelen zoals Tamiflu en Relenza. Voor het merendeel van die producten zal de houdbaarheidsdatum in 2011 of 2012 verstrijken. Het farmabedrijf Roche zou de stabiliteit van Tamiflu langer dan vijf jaar kunnen waarborgen, mits het product in goede

Le stock des médicaments est composé de plus ou moins 500.000 traitements prêts à l'emploi, constitués d'un tiers de Relenza et pour deux tiers de Tamiflu. La plus grande partie du stock sera théoriquement périmée en 2011, voire en 2012 pour certains médicaments. Il est néanmoins possible de revoir à la hausse cette

durée de validité en effectuant une série de tests sur les médicaments antiviraux dans un de nos laboratoires agréés, comme l'Institut de santé publique.

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

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

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

Je souhaite évoquer également le prix des vaccins.

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

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

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

Chaque mois, la constitution du stock de vaccins progressera. Nous devons alors nous demander qui il conviendra de vacciner en premier lieu. Le vaccin sera-t-il gratuit? En tout cas, il le sera pour les groupes à risque, puisqu'il s'agit de lutter contre une pandémie.

Un groupe d'experts au sein du commissariat Influenza se charge de

omstandigheden wordt bewaard.

Wat de voorraad van werkzame bestanddelen zoals oseltamivir betreft, kunnen we ongeveer 2,3 miljoen bijkomende behandelingen aanmaken. De oorspronkelijke houdbaarheidsdatum was 2011, maar uit de lopende tests blijkt dat die producten nog drie jaar langer stabiel kunnen blijven.

Onze voorraad zou dus houdbaar zijn tot 2014.

Dans le budget de 2009, le gouvernement a prévu un crédit de 152,4 millions d'euros pour l'achat de vaccins contre la grippe aviaire. Une partie de ce budget sera allouée à l'achat de vaccins contre la grippe A/H1N1. Les négociations portant sur la commande de 12,6 millions de doses sont presque terminées.

Wanneer het vaccin beschikbaar is, zal het ter goedkeuring aan het Europees Geneesmiddelenbureau worden voorgelegd. Vanaf dan zullen er geleidelijk aan voorraden worden aangelegd. Het vaccin zal worden verdeeld vanaf eind september of begin oktober.

België heeft een contract gesloten, maar niet alle Europese lidstaten hebben dat gedaan.

Het vaccin zal voor de risicogroepen sowieso gratis zijn; negen categorieën van personen werden als dusdanig aangemerkt. Zij mogen echter niet worden

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

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

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

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

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

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

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

Nous allons mettre sur pied une observation par le biais du réseau

verward met de personen die bij voorrang zullen worden ingeënt.

Relèvent également de cette catégorie: les patients atteints d'une affection cardiaque chronique, d'une insuffisance rénale ou hépatique, d'une immunodépression, de diabète, ainsi que les patients hospitalisés à la suite de symptômes cliniques graves, sous réserve du délai de 48 heures.

Wat de vaccinatie betreft, zullen we rekening moeten houden met andere aspecten. We zullen bijvoorbeeld ook de gezondheidswerkers moeten laten vaccineren.

We zullen gelijktijdig twee vaccinatiecampagnes moeten opzetten: een tegen de gewone seizoensgriep en een tweede tegen het A/H1N1-griepvirus. Die griep is niet gevaarlijker, maar wel besmettelijker dan de gewone griep. Tijdens de vakantiemaanden, in de drukke zomerwarmte, gaan er massa's mensen op reis of naar muziekfestivals waar ze op elkaar gepakt zitten, gaat men op zomerkamp, leert men nieuwe mensen kennen, en verliest men de preventieregels tegen de A/H1N1-griep al eens uit het oog. Daarom verwachten we een golf van nieuwe besmettingen op het einde van de zomer. Het virus is onder ons.

Indien het virus in een complexere vorm zou muteren, zou er een nieuwe strategie worden uitgestippeld.

Onder de verantwoordelijkheid van de minister van Binnenlandse Zaken hebben we het nodige

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

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

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

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

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

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

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

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

gedaan opdat de artsen de voorraden van antivirale middelen en van chirurgische maskers binnen hun bereik hebben. We zullen tevens de apothekers waarschuwen. Er zijn verscheidene communicatiemiddelen met behulp van telematica voorhanden. We zullen tevens een grootscheepse campagne over de fundamentele hygiëneregels opzetten, want preventie blijft ter zake uiteraard geboden.

Chaque commune recevra un stock d'affiches qui devront être apposées à grande échelle et bien visiblement. Il y aura des affiches en français, en allemand, en néerlandais, en arabe et en turc.

Dankzij de afspraken met de media zullen de initiatieven geïntensiveerd kunnen worden. De veldwerkers zullen steun krijgen van een daartoe speciaal ingesteld communicatieteam, met het oog op het verspreiden van de informatie. Het Commissariaat Influenza zal via de media blijven communiceren.

Men zal u het communicatieplan bezorgen, zodat u volledig geïnformeerd zal zijn.

02.08 Luk Van Biesen (Open Vld): En principe, le budget disponible est donc suffisant pour produire les vaccins nécessaires

vaccins. In principe is uw begroting voldoende...

cette année.

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

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

02.10 **Luk Van Biesen** (Open Vld): Il ne sera donc pas fait appel à un compte de trésorerie ni à une débudgétisation.

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

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

02.11 **Mia De Schamphelaere** (CD&V): Une fois que le premier stock de vaccins sera disponible et que la liste des priorités aura été établie, il y aura lieu de faire une communication difficile. Les professionnels de la santé doivent être les premiers bénéficiaires. Même si le groupe-cible est clairement défini et si le vaccin est gratuit, il y aura des gens pour se procurer le vaccin à n'importe quel prix.

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

Il a déjà été question du prix. Cela ne peut-il plus changer?

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

02.12 Minister **Laurette Onkelinx**: De onderhandelingen zijn aan de gang.

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

02.13 **Mia De Schamphelaere** (CD&V): La question est donc toujours en cours de négociation? Des contacts ont-ils été pris avec les autres États membres?

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

02.14 Minister **Laurette Onkelinx**: Er zijn contacten, met inachtneming van de vertrouwelijkheidsclausules.

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

02.15 **Mia De Schamphelaere** (CD&V): Par conséquent, le système des marchés publics n'est pas mis en œuvre. Il y a lieu, cependant, de convenir d'un prix.

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

02.16 **Martine De Maght** (LDD): Qui décidera de l'ordre d'attribution des vaccins? À qui la priorité sera-t-elle accordée?

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

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

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

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

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

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

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

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

Er moet dus wel degelijk nog gecommuniceerd worden.

02.21 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, nous avons souvent dit dans cette commission – et tout médecin vous le répétera – que, chaque année, malgré la campagne de vaccination, la grippe saisonnière occasionne des décès. L'hiver dernier a été très difficile, surtout pour les personnes à risque, c'est-à-dire les personnes âgées, etc. Le prochain hiver, nous connaissons ce que nous connaissons chaque année. De plus, la grippe A/H1N1, plus ou

02.17 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik zou liever hebben dat de Wereldgezondheidsorganisatie dat zou doen of dat er dienaangaande Europese aanbevelingen zouden worden uitgevaardigd. Dat zou een stuk gemakkelijker zijn.

Elke situatie is anders. De deskundigen van het Commissariaat Influenza zullen voorstellen doen in functie van de specifieke situatie. Bij de doelgroepen zullen de risicopatiënten en de gezondheidswerkers voorrang krijgen.

02.18 **Martine De Maght** (LDD): Je tenais à préciser que nous devons éviter à tout prix des décès en Belgique.

02.19 Minister **Laurette Onkelinx**: Er zullen doden vallen, zoals elk jaar.

02.20 **Martine De Maght** (LDD): On n'effectue même plus de recherches pour déterminer s'il s'agit d'une grippe ordinaire ou d'une autre forme de grippe. Comment savoir dans ce cas s'il convient de proposer un vaccin supplémentaire?

Une communication claire est vitale. En effet, il serait déjà question de malentendus au sein des organisations syndicales, qui se réfèrent à des décisions des autorités, que la ministre a contestées ici, aujourd'hui.

02.21 Minister **Laurette Onkelinx**: Daar is al veel over gesproken in deze commissie.

De voorbije winter heeft de seizoensgriep een dodelijke tol geëist, vooral in de risicogroepen.

moins équivalente à la grippe saisonnière, viendra en sus de celle-ci puisqu'il s'agit d'une autre souche. Nous organiserons encore une campagne de vaccination et nous espérons que tous les groupes à risque se feront vacciner car les complications peuvent être attendues surtout dans ce public.

Komende winter krijgen we niet alleen te maken met de seizoensgriep, maar ook met de A/H1N1-griep, omdat het om een andere virusstam gaat. We zullen nog een vaccinatiecampagne organiseren en we hopen dat alle risicogroepen zich zullen laten inenten.

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

02.22 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Het is belangrijk erop te wijzen dat men voor meer en juiste informatie terecht kan op de website www.influenza.be. Zou er geen nieuwe informatieronde moeten komen voor de zorgverleners, gelet op de gewijzigde aanpak en de heersende ongerustheid? Er zou misschien ook op toegezien moeten worden dat de artsenkringen een betere communicatiemethode hanteren?

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

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

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

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

02.23 Minister **Laurette Onkelinx**: De informatie circuleerde niet afdoend via de kringen van huisartsen, daarom zullen de huisartsen rechtstreeks geïnformeerd worden. Dat is een opdracht voor de Gemeenschappen.

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

Aan Vlaamse zijde waren de brieven gisteren al klaar. Aan Franstalige kant zullen de artsen iets later op de hoogte gebracht worden, voornamelijk per mail, tenminste als hun adres beschikbaar is. Volgens de vertegenwoordigster van minister Fonck zou iedere huisarts binnen twee à drie dagen individueel op de hoogte gebracht kunnen

En attendant, les médecins savent qu'ils peuvent 'cliquer' sur le site internet du Commissariat Influenza. La lettre devrait y être disponible

dès aujourd'hui en français, en néerlandais et en allemand. Avec un peu de bonne volonté, les médecins peuvent avoir accès à toute l'information par ce biais-là. En outre, ils peuvent également téléphoner au médecin-inspecteur d'hygiène de la Communauté qui possède tous les renseignements.

worden.

Ondertussen kunnen artsen de site Influenza raadplegen of naar de arts-gezondheidsinspecteur van de Gemeenschap bellen. Minister

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

02.24 Georges Dallemagne (cdH): Volgens de site van de WGO zijn er 100.000 gevallen en 100 doden, wat overeenkomt met een mortaliteitsgraad van 1/1000.

02.25 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

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

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

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

02.28 Georges Dallemagne (cdH): Mevrouw de Minister, ik wil uiting geven aan mijn ongerustheid met betrekking tot de huidige stand van zaken. Het is belangrijk de incidentie en de mortaliteitsgraad te meten, en daarvoor de nodige middelen uit te trekken, om zodoende de strategie nauwkeurig te kunnen blijven sturen. Dat was bij de seizoensgriep niet het geval.

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

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

De **voorzitter**: We zullen een stand van zaken opmaken na het parlementair reces.

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

02.30 Minister **Laurette Onkelinx**: Onze strategie waarbij de betrokkenen in afzondering werden geplaatst, heeft uitstekende resultaten opgeleverd. We zijn erin geslaagd de verspreiding van het virus te beperken.

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

03 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Luc Goutry** aan de vice-eerste minister en minister van **Sociale Zaken en Volksgezondheid** over "de opvolging van het beleid inzake CVS" (nr. 13782)
- mevrouw **Maqgie De Block** aan de vice-eerste minister en minister van **Sociale Zaken en**

Volksgezondheid over "de referentiecentra voor het chronisch vermoeidheidssyndroom" (nr. 14197)

03 Questions jointes de

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

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

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

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

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

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

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

03.01 Luc Goutry (CD&V): En octobre 2008, le Centre d'expertise soins de santé et le Conseil supérieur de la santé ont conclu que les centres de référence pour le syndrome de fatigue chronique ne remplissaient pas leur mission principale, à savoir le développement d'une organisation des soins par paliers. Les membres de la commission ont posé de nombreuses questions à l'époque dans un souci commun, à savoir l'affectation des moyens la plus efficace possible et la création d'une plus-value thérapeutique claire.

La ministre et l'INAMI ont décidé de fermer les centres et de prolonger le financement sans aucune modification pour 2009. La ministre a promis en revanche de prendre les critiques au sérieux et de vérifier si des adaptations étaient nécessaires. Où en est ce dossier? Sait-on déjà s'il existe des méthodes plus efficaces pour aider ces patients?

03.02 Maggie De Block (Open Vld): Nous avons déjà demandé une évaluation permanente dès la conclusion de l'accord entre l'INAMI et les cinq centres de référence SFC. Et nous avons déjà souligné à l'époque le besoin de matériel scientifique d'appui supplémentaire. Les premiers rapports d'évaluation, en 2002 et 2004, étaient très négatifs: il était reproché aux centres, entre autres, de ne pas associer les médecins généralistes au traitement ou de ne pas le faire suffisamment. Dans le rapport, également négatif, de 2006, les listes d'attente de plus en plus longues et l'incapacité des centres

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

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

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

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

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

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

à assurer la réintégration sociale des patients, étaient soulignées.

Nous avons déjà discuté amplement de la prorogation des contrats. La teneur des débats était limpide: les patients ont droit à des moyens mais il convient de revoir les modalités. Le centre d'expertise a formulé une série de recommandations à cet effet, comme une plus grande implication des médecins généralistes, la possibilité pour le patient de consulter un kinésithérapeute ou de passer les examens plus près de son domicile. L'objectif était aussi d'élaborer un meilleur règlement en matière de financement pour le 1^{er} janvier 2010.

Le dernier avenant à la convention conclue par le Comité de l'assurance de l'INAMI et les centres de référence a-t-il déjà été mis en œuvre? A-t-il permis à un plus grand nombre de patients d'être traités? Qu'en est-il des listes d'attente?

Le groupe de travail a-t-il remis le 30 juin, comme promis, un rapport intérimaire sur la nouvelle réglementation en matière de financement? Quelles en sont les conclusions principales? La ministre pourra-t-elle commencer le travail le 1^{er} janvier 2010 sur la base du nouveau financement?

03.03 **Laurette Onkelinx**, ministre: Les conventions conclues entre l'INAMI et les centres de référence pour le SFC ont expiré le 31 décembre 2008, mais elles ont été prolongées d'une année. Cet allongement a permis de suivre un certain nombre de recommandations du Conseil supérieur d'hygiène et du Centre d'expertise.

Une première recommandation préconisait, dans une première phase, la mise en place d'une organisation expérimentale de soins par paliers. Trois mesures

kinesitherapeut.

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

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

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

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

prises en la matière sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2009: le renvoi de nouveaux patients vers un kinésithérapeute périphérique, la conclusion par chaque centre de référence d'un accord de coopération comprenant au moins un hôpital de deuxième ligne et la création d'un groupe de travail au sein du Comité consultatif en matière de dispensation de soins pour les maladies chroniques et les pathologies spécifiques. L'objectif de ces mesures est d'élaborer un modèle d'organisation de soins par paliers pour les patients souffrant du SFC.

Ce dernier modèle doit reprendre les lignes de force suivantes: les soins de première et deuxième lignes assurent une part importante des soins aux patients SFC, les centres de référence doivent transmettre leur expertise aux autres prestataires de soins, il faut une interaction coordonnée et clairement définie entre les différents prestataires de soins et les soins doivent être scientifiquement corrects, accessibles, de grande qualité et abordables pour l'assurance maladie.

Le groupe de travail réunit des représentants du comité consultatif, des organisations de médecin et de kinésithérapeutes, représentées au comité de l'assurance, des hôpitaux de deuxième ligne avec lesquels des accords de coopération ont été signés, des cinq centres de référence et des organismes assureurs. Des organisations de psychologues cliniques ont aussi été invitées. Le groupe de travail doit se réunir au moins une fois par mois et remettre un rapport intermédiaire au comité de l'assurance. Ce rapport sera prochainement présenté.

Er wordt me trouwens meegedeeld dat de laatste vergadering van het College van geneesheren-directeurs zal

plaatsvinden op 15 juli en dat de laatste vergadering van het Verzekeringscomité zal plaatsvinden op 27 juli.

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

Le modèle de soins par paliers doit être expérimenté pendant quelques années, notamment en ce qui concerne son efficacité (sur le plan des coûts).

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

Les recommandations du Conseil supérieur de la santé et du Centre d'expertise ont donc certainement été suivies. D'autres mesures ont été prises, notamment pour veiller à ce que l'on dispose d'une marge plus importante pour les accompagnements individuels. Selon la littérature scientifique, ces derniers sont plus probants.

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

03.04 Luc Goutry (CD&V): Les maladies des tissus conjonctifs et les affections liées au SFC sont très invalidantes et ont un impact économique important à cause de l'absentéisme. Le fait que les choses bougent sur le terrain dans le domaine de la revalidation motrice et psychologique est très positif. Cette démarche devrait déboucher sur de nouvelles informations scientifiques et améliorer les connaissances des prestataires de soins. Les médecins conseil et les médecins généralistes doivent pouvoir se baser sur des directives standardisées pour établir un diagnostic et prescrire un traitement. Ces efforts ne peuvent rester sans résultat: ils doivent se traduire par de nouvelles structures.

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

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

03.05 Maggie De Block (Open Vld): Le travail réalisé ces six derniers mois dépasse largement ce qui a été fait au cours des sept dernières années. La ministre n'a pas parlé des listes d'attente, mais je suppose qu'elles disparaîtront dès que le système pourra être

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

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

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

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

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

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

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 **Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de samenstelling van de Technische Commissie voor Verpleegkunde" (nr. 13818)**

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

04.01 **Luc Goutry** (CD&V): Mevrouw de minister, de Technische Commissie voor Verpleegkunde is een zeer belangrijke adviesraad, waar allerlei vragen en problemen die te maken hebben met het beroep van verpleegkunde en de technische aspecten van het beroep, ter sprake kunnen worden gebracht. De raad ligt echter al twee jaar stil, ze werkt niet. Ze geraakt klaarblijkelijk niet samengesteld, zodat aan geen enkele dringende vraag van de sector nog enig gevolg kan worden gegeven.

Beter bestuur is een van de belangrijke hefboomen geweest uit het regeerakkoord van de regering. Daarom vind ik het onaanvaardbaar dat de nieuwe samenstelling na twee jaar nog altijd niet is gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad en dat we nog altijd geen Technische Commissie voor Verpleegkunde hebben, temeer daar het

mis en œuvre.

Une évaluation des soins par paliers est évidemment nécessaire pendant une période déterminée. Je suppose que les contrats seront dès lors prorogés pour les prochaines années.

Il est dommage que les débuts aient été aussi mauvais en 2002. Grâce à l'échange d'informations avec des centres étrangers et aux scientifiques disposant d'informations supplémentaires, nous pouvons permettre à davantage de patients d'identifier la maladie dont ils souffrent et leur prodiguer des conseils pour les soulager. En effet, selon moi, l'incertitude est la pire des choses. Il nous reste toutefois pas mal de chemin à parcourir et nous devons continuer à investir dans ces patients.

04.01 **Luc Goutry** (CD&V): Les questions, les problèmes et les aspects techniques concernant la profession infirmière doivent être abordés au sein de la Commission technique de l'art infirmier, mais celle-ci ne peut pas répondre aux questions importantes puisqu'elle n'a tout simplement pas encore été constituée.

La meilleure gouvernance était pourtant au centre de l'accord de gouvernement de la présente

een knelpuntberoep betreft. Het ligt al zo moeilijk. Wij hebben daarover al een hele discussie gevoerd.

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

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

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

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

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

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

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

coalition. Il est dès lors d'autant plus impensable que cette commission ne soit toujours pas constituée, l'art infirmier étant un métier en pénurie.

Pourquoi la commission n'a-t-elle pas encore été constituée? Quand ce problème sera-t-il résolu?

04.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Il s'agit d'un organe d'avis. C'est pourquoi sa composition doit répondre aux dispositions de la loi du 20 juillet 1990 visant à promouvoir la présence équilibrée d'hommes et de femmes dans les organes possédant une compétence consultative. Dès lors, deux tiers des membres au maximum peuvent être du même sexe. C'est valable pour les membres effectifs et suppléants, mais aussi pour chaque subdivision structurelle de l'organe d'avis en question. Les candidatures qui ont été reçues n'ont pas permis de répondre à cette exigence, en particulier pour la représentation des médecins. Entre-temps, une demande a été adressée à la ministre de l'Égalité des chances pour obtenir une dérogation à la loi mais la commission en charge de l'examen des demandes de dérogation n'a pas encore été constituée non plus. Mme Milquet s'attache à résoudre ce problème.

Je suis consciente de l'importance de la présente commission et je sais que l'on s'efforce de faire en sorte que sa composition soit équilibrée. J'ai entre-temps commencé à préparer la publication de l'arrêté de désignation des membres.

04.03 **Luc Goutry** (CD&V): L'une des commissions ne peut être constituée car l'autre ne peut pas l'être non plus. Une telle situation risque de s'éterniser. Il est scandaleux de laisser sans réponse des questions aussi urgentes émanant du secteur.

Milquet?

Je ne m'explique pas davantage que la ministre soit déjà sur le point de désigner certaines personnes, alors qu'elle attend encore que la dérogation soit approuvée.

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

04.04 **Minister Laurette Onkelinx**: Ik zal bij mevrouw Milquet navragen of een afwijking wel echt nodig is.

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

04.05 **Luc Goutry** (CD&V): Je ne me vois pas me présenter devant le secteur avec une telle réponse. Je ne comprends pas bien à quelle discussion avec Mme Milquet il est fait allusion, puisque l'on n'arrive pas à composer la commission qui doit décider des dérogations.

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

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

04.06 **Minister Laurette Onkelinx**: We werken aan een oplossing.

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

De **voorzitter**: We moeten zien of we echt afhankelijk van die nog niet samengestelde commissie. Misschien kunnen we het ook zonder die commissie stellen.

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

04.07 **Minister Laurette Onkelinx**: Het gaat om een adviescomité, en diegenen die kandidaten moeten voordragen, komen alleen met mannelijke kandidaten aandragen.

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

04.08 **Luc Goutry** (CD&V): Une dérogation peut être accordée en pareil cas mais il appartient à Mme Milquet d'en prendre l'initiative.

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

04.09 **Minister Laurette Onkelinx**: Ze gaat na of er een andere methode kan worden gevolgd. Het antwoord zou niet lang uitblijven.

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

04.10 **Luc Goutry** (CD&V): Le dossier est en souffrance depuis deux ans. Il est regrettable qu'aucune solution ne soit trouvée à une situation formelle. Il s'agit en effet de fonctions difficiles à pourvoir.

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

waarvoor wij kandidaten nodig hebben.

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

04.11 **Minister Laurette Onkelinx**: De commissie die afwijkingen moet toekennen, is niet samengesteld. Die commissie valt onder de verantwoordelijkheid van Gelijke Kansen.

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

04.12 **Luc Goutry** (CD&V): Ik zoek geen schuldigen, ik vraag een oplossing.

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

04.13 **Laurette Onkelinx**, ministre: Ik ook.

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

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

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

04.15 **Luc Goutry** (CD&V): Même sans candidats du sexe féminin, un organe important doit pouvoir fonctionner.

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

De **voorzitter**: Zo ver zijn we nog niet! Ik hoop dat het probleem tegen de hervatting opgelost zal zijn.

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

05 Questions jointes de

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

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

05 Samengevoegde vragen van

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

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

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

05.01 **Georges Dallemagne** (cdH): Niet iedereen is gelijk voor de ziekte. De risico's hangen onder andere samen met de etnische afkomst. Daarop wordt onder meer gewezen in een studie van de Koning Boudewijnstichting.

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

De studie van professor Laurent is

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

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

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

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

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

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

Si l'Écosse, par exemple, paraît plus volontariste que nous en la matière, c'est peut-être parce que, malgré les apparences, le degré d'intégration global des personnes d'origine étrangère est meilleur chez nous que là-bas. Une personne d'origine étrangère jouissant pleinement de sa citoyenneté dans notre pays n'a pas besoin de

intéressant omdat ze twee Europese landen, Schotland en België, met een vergelijkbare sociaaleconomische situatie en verschillende strategieën op het stuk van de gezondheid, met elkaar vergelijkt.

Wat vindt u van die studie?

Hoe vallen die verschillen en die bijkomende risicofactoren te verklaren?

Welke beleidsmaatregelen werden er in België al genomen of zouden er bij voorkeur kunnen worden genomen?

Is er geen gebrek aan statistische gegevens?

Zou er geen nauwere follow-up moeten plaatsvinden?

05.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Ik stel mijn vraag naar aanleiding van dezelfde studie. Hoe evalueert u de maatregelen die ertoe strekken rekening te houden met de specifieke etnische kenmerken?

Welke lessen moeten er worden getrokken uit de werkwijze van de Schotse afdeling van de "National Health Service" (nationale gezondheidsdienst)?

05.03 Minister Laurette Onkelinx: Volgens professor Laurent van de "École de Santé publique" van de UCL vergroot België de ongelijkheid doordat ons land geen gedifferentieerd gezondheidsbeleid voor vreemdelingen voert. Het RIZIV zou hier de grote schuldige zijn. Zoals in de studie benadrukt wordt, is integratie de sleutelfactor, en het integratiebeleid omvat veel meer dan alleen het gezondheidsbeleid. Geen enkele democratische maatschappij mag haar inspanningen op dat vlak beperken. Misschien zijn personen van vreemde afkomst in Schotland over het algemeen genomen beter geïntegreerd dan bij ons.

De studie wijst op de aanwezigheid van interculturele

politique spécifique, fût-ce en matière de santé. Une mauvaise alimentation ou une difficulté d'accès aux soins à cause de revenus modestes sont des phénomènes qui se combattent de la même façon pour tout le monde, sans distinction de nationalité.

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

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

D'un point de vue épidémiologique, j'affirme avec force qu'il est faux d'insinuer que les étrangers sont systématiquement en plus mauvaise santé que les Belges qui ne sont pas d'origine étrangère, que cela serait dû à la nationalité ou à une mauvaise politique de santé. Les déterminants de la santé valables pour tous et toutes, en particulier la situation socioéconomique, sont bien plus significatifs à ce niveau que le pays d'origine.

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

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

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

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

bemiddelaars in de Belgische ziekenhuizen, maar uit de statistieken kan men niet opmaken welk percentage van het verzorgend personeel van vreemde origine mensen uit verschillende culturen kan begeleiden. Tegen het einde van het jaar zal er een eerste rapport over dat onderwerp verschijnen. Op grond van dat rapport zullen de prioriteiten van het gezondheidsbeleid kunnen worden bepaald. Als er specifieke behoeften worden vastgesteld die gerelateerd zijn aan de etnische afkomst, ben ik bereid om in antwoord daarop de nodige maatregelen te nemen.

Ik wil hier krachtig stellen dat het onjuist is te beweren dat vreemdelingen stelselmatig in slechtere gezondheid verkeren dan de Belgen. De gezondheidsdeterminanten die voor iedereen gelden, in het bijzonder de sociaaleconomische situatie, zijn op dat gebied veel signifikanter dan het land van herkomst.

05.04 Georges Dallemagne (cdH): Ik zou willen dat onze epidemiologische en statistische gegevens worden verfijnd. In ons land wordt deze situatie uit schroom, uit traditie en bij gebrek aan gegevens miskend, en het is onmogelijk om een afweging te maken tussen de sociaaleconomische en etnische factoren.

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

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

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

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

05.05 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): Het zou interessant zijn om die studie begin 2010 tegen het licht te houden.

05.06 Minister Laurette Onkelinx: België is koploper in Europa met betrekking tot studies over de kwaliteit van ons gezondheidsstelsel. Het gaat om een - in mijn ogen uitstekend - initiatief van het RIZIV.

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

05.07 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): Wij zouden kunnen afspreken dat we daar begin volgend jaar aandacht aan zullen besteden en zouden dat in onze agenda kunnen inplannen.

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

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

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

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

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

06.01 Colette Burgeon (PS): Twee laboratoria bieden een combinatie van drie complementaire antiretrovirale middelen aan in één pil, die maar één keer per dag moet worden ingenomen. Dat geneesmiddel zou voor meer dan 30 procent van de patiënten nuttig kunnen zijn. Wanneer zal die tritherapie in België op de markt gebracht worden? Zal de behandeling worden terugbetaald?

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

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

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

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

06.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Het geneesmiddel zal uiterlijk binnen twee maanden in België verkrijgbaar zijn. Het wordt momenteel onderzocht door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen van het RIZIV. Als het licht op groen staat, zal het middel vanaf 1 november 2009 worden terugbetaald.

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

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

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

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

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

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

Mes questions sont les suivantes. Peut-on se fier aux résultats de l'étude menée sur l'efficacité de ce médicament sachant que les auteurs sont soit des employés du laboratoire pharmaceutique le

07.01 Colette Burgeon (PS): Doordat een behandeling met Champix erg succesvol is, was het een zeer aantrekkelijk middel voor personen die wilden stoppen met roken en had de overheid de terugbetaling al begin 2008 toegestaan. Naderhand werd er een vergelijkende studie uitgevoerd met betrekking tot dat geneesmiddel en nicotinehoudende middelen, en de resultaten van die studie hebben een polemiek teweeggebracht. Is die studie met betrekking tot de doeltreffendheid van dat geneesmiddel wel betrouwbaar -

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

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

Il n'existe pas de laboratoire subventionné qui effectue ce genre d'études. Par contre, lorsqu'une entreprise pharmaceutique fournit les résultats d'études en vue d'obtenir une autorisation de mise sur le marché soit à l'Agence fédérale des médicaments, soit à l'Agence européenne des médicaments, ceux-ci sont analysés. Il est également tenu compte des éléments mentionnés dans la réponse que j'ai donnée à votre première question.

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

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

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

ze werd immers ofwel door werknemers van het farmaceutische bedrijf dat Champix produceert, ofwel door aan die firma gelieerde personen uitgevoerd? Zijn er geen onafhankelijke laboratoria die de doeltreffendheid van de rookstopbehandelingen kunnen toetsen? De polemiek over de nevenwerkingen van dat geneesmiddel – meer bepaald voor het hart en de schildklier – alsook over het risico op depressie is u evenmin ontgaan. Is die discussie gegrond?

07.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Klinische proeven moeten aan bepaalde criteria voldoen, waardoor de resultaten geloofwaardig zijn. Het betreft onder meer de inachtneming van de goede klinische praktijken en de onafhankelijkheid van de onderzoekers, wat wordt gegarandeerd door het toezicht dat hierop wordt uitgeoefend door de ethische comités en de bevoegde overheden, vanaf het uitreiken van de eerste vergunning om een geneesmiddel in een klinische proef te gebruiken, tot de uitreiking van een vergunning voor het in de handel brengen van het geneesmiddel. Er bestaan geen gesubsidieerde laboratoria die dit soort studies uitvoeren. Wanneer een farmaceutische onderneming het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen of het Europees Geneesmiddelenbureau echter resultaten van studies voorlegt met het oog op het verkrijgen van een vergunning voor het in de handel brengen van een product, worden die gegevens geanalyseerd.

De vergunning om Champix in de handel te brengen werd uitgereikt na een evaluatie door het EMA. De experts van het comité voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik van de EU en van het EMA hebben de risico's die dit product inhoudt onlangs opnieuw afgewogen tegen de voordelen.

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

Daaruit blijkt dat de balans nog steeds positief uitvalt, als men de risico's afweegt tegen de voordelen. Hoewel er tot nu toe geen oorzakelijk verband werd vastgesteld, werden de bijsluiters en de samenvatting van de productkenmerken aangevuld met een waarschuwing voor het risico op zelfmoordneigingen. Volgens het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA) is het aantal meldingen van ongewenste bijwerkingen van Champix niet toegenomen, ook niet van bijwerkingen voor het hart of de schildklier. Het EMA houdt niettemin een waakzaam oog op dit product.

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

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

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

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

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

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

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

Selon la Fondation contre le Cancer, diverses chaînes de fast-food et certains producteurs de margarines, conscients des dangers, se sont

08.01 Colette Burgeon (PS): De consumptie van 1 gram transvetzuur per dag zou het risico op hart- en vaatziekten met 20 procent doen toenemen. Vandaag krijgt de gemiddelde Europeaan dagelijks echter 1,2 tot 6,7 gram transvetzuren binnen! Die transvetzuren werden door de voedingsindustrie ontwikkeld om frietjes knapperiger en gebak en pasta smeùiger en zachter te maken. Ze zijn gemakkelijk te produceren en goedkoop.

In Europa en in België gaan er stemmen op om het gehalte aan transvetzuren in de voeding te beperken.

Vorig jaar antwoordde u me dat de Commissie niet had gekozen voor een systematische vermelding van de aanwezigheid van transvetzuren in voedingsproducten. Zijn de geesten intussen geëvolueerd op

d'ores et déjà préoccupés de réduire la quantité d'acides gras "trans" dans leurs produits. Pour cela, ils optent pour certaines huiles telles que l'huile de canola, qui, de par leur composition en graisses, forment moins d'acides gras "trans" au cours de leur hydrogénation.

Voici donc mes questions.

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

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

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

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

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

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

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

het Europese niveau?

Een aantal Europese producenten brengt margarines zonder transvetzuren in de handel. Zou de federale regering, in het licht daarvan, een etikettering verplicht kunnen stellen voor producten die gedeeltelijk gehydrogeneerde oliën bevatten?

Is het mogelijk de verkoop van voedingsmiddelen met een transvetzuurgehalte van meer dan 0,5 gram per portie te verbieden?

08.02 Minister Laurette Onkelinx: Op het Europese niveau gebeurt er helaas niet veel wat de etikettering voor transvetzuren betreft. Slechts enkele lidstaten zijn voorstander van een verplichte algemene etikettering. Het Europees Parlement heeft zijn standpunt in eerste lezing nog steeds niet meegedeeld. Aangezien het debat op het Europese niveau aan de gang is, is er geen reden om die etikettering nu op het nationale niveau verplicht te stellen.

Ik blijf erbij dat het debat over de invoering van maximumwaarden voor het transvetzuurgehalte van voedingsmiddelen op het Europese niveau moet worden gevoerd. Op grond van het advies van de "European Food Safety Authority" (EFSA) van 8 juli 2004 besloot de Commissie dat er geen reden is om zo een plafond in te voeren. Er wordt in de loop van de volgende weken een nieuwe verklaring van de EFSA verwacht.

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

08.03 Colette Burgeon (PS): Kan u druk uitoefenen om dit dossier in het Europees Parlement vooruit te helpen?

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

08.04 Minister **Laurette Onkelinx:** Het Belgische voorzitterschap van de Europese Unie zal proberen om dit dossier een duwtje in de rug te geven.

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

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

09 Samengevoegde vragen van

- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de recente studie van het Kenniscentrum Gezondheidszorg over PET-scanners" (nr. 14095)
- de heer **Daniel Bacquelaine** aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het updaten van het KCE-rapport inzake positron emissie tomografie in België" (nr. 14165)

09 Questions jointes de

- **M. Koen Bultinck** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude récente du Centre d'expertise des soins de santé à propos des PET-scans" (n° 14095)
- **M. Daniel Bacquelaine** à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise à jour du rapport du KCE sur la tomographie par émission de positrons en Belgique" (n° 14165)

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

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

09.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Il ressort du rapport 2005 du Centre d'expertise soins de santé sur les PET scans que notre pays n'a besoin que d'une dizaine de scanners. Or, les responsables politiques de l'époque ont accepté que treize appareils soient installés en Belgique.

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

Suite à une plainte introduite auprès de la Commission européenne, la Belgique a dû revoir les critères de programmation et le Centre d'expertise a dû actualiser son rapport. Il découle des résultats communiqués fin juin qu'en 2007, quelque 18.000 tomographies légales ont été remboursées mais aussi que 20.000 examens ont été effectués sur des appareils qui ne

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le nombre de PET-scan repris dans la programmation pourrait donc

pouvaient en fait pas être utilisés. Bref, l'assurance maladie a remboursé plus d'examen tomographiques illégaux que d'examen légaux. Le centre d'expertise a également formulé des avis clairs dans son rapport actualisé.

Que pense la ministre de cette étude? Des mesures concrètes doivent-elles être prises? Que pense la ministre de la suggestion du centre d'expertise de ne plus établir de programmation pour les PET scans?

09.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Volgens het verslag van het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) werden er in 2007 38.500 PET-scans uitgevoerd: naast de 18.500 officiële werden er ook 20.000 niet-officiële terugbetaald. De terugbetaling is in België beperkt tot 16 aandoeeningen. Het KCE pleit ervoor het aanbod af te stemmen op de behoeften en een regeling in te voeren die gebaseerd is op strikte erkenningsnormen en terugbetalingsregels.

Momenteel zijn er 13 PET-scanners erkend op grond van de wettelijke criteria: 1 scanner per universiteitsfaculteit die een volledig studieprogramma geneeskunde aanbiedt, 1 scanner voor ieder ziekenhuis dat chirurgische en medische verzorging biedt binnen het exclusieve kader van de oncologie en dat een de afwijking heeft verkregen zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen, en 3 scanners voor het Vlaamse Gewest en 2 voor het Waalse.

Indien alle toestellen op volle toeren zouden draaien, zouden er 19 à 20 toestellen nodig zijn om alle onderzoeken te kunnen uitvoeren die momenteel in België

paraître insuffisant actuellement mais les données doivent être affinées en fonction de l'épidémiologie et des nouvelles indications. Ces analyses doivent encore être effectuées et devront sans doute, comme le préconise le Centre fédéral d'expertise, faire l'objet d'une actualisation régulière. Le KCE propose d'ailleurs une révision tous les trois ans, en fonction des statistiques hospitalières et des avancées médicales et oncologiques.

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

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

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

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

Tot slot denk ik dat het essentieel is dat wij beschikken over een

worden aangevraagd.

Men zou dus de indruk kunnen hebben dat er momenteel te weinig PET-scans in de programmering zijn opgenomen, maar de gegevens moeten nog worden verfijnd in functie van de epidemiologie en de nieuwe indicaties. Die analyses moeten nog worden uitgevoerd en zullen wellicht, zoals het federaal Kenniscentrum aanbeveelt, regelmatig moeten worden geactualiseerd. Het KCE stelt een driejaarlijkse herziening voor, op grond van de ziekenhuisstatistieken en de vooruitgang van de geneeskunde en van de oncologie in het bijzonder.

Thans worden de tumoren en de behandelingen systematisch bijgehouden in het kader van het kankerregister. Die gegevensinzameling en -verwerking neemt echter veel tijd in beslag en de recentste gegevens dateren van 2005.

Een stelselmatige en onafgebroken registratie zal echter ook een planning op middellange en lange termijn mogelijk maken.

Het zal ook zaak zijn alle bepalingen aangaande de financiering van die toestellen, en de voorwaarden voor de terugbetaling van de medische handelingen en voor de financiering van de uitrusting opnieuw te onderzoeken.

Dans le cadre d'une politique axée sur une offre de soins adaptée aux besoins, la programmation d'équipements comme les scanners PET demeure absolument indispensable. L'estimation des besoins repose sur les données du registre national du cancer et les directives du bon usage du scan PET. Nous demanderons également à des experts d'élaborer des directives pour un bon usage des scanners.

goede registratie van de epidemiologische gegevens, die misschien gekoppeld zullen moeten worden aan de multidisciplinaire oncologische consultaties. In elk geval zal ik nauw overleg plegen met de betrokken actoren, in het bijzonder de artsen-specialisten in de nucleaire geneeskunde en artsen-specialisten in de oncologie.

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

Dans le même temps, les budgets disponibles seront évalués pour optimiser l'utilisation de ces équipements.

Un enregistrement correct des données épidémiologiques est crucial car il faudra peut-être les associer à des consultations oncologiques multidisciplinaires. J'organiserai en tout cas une étroite concertation avec les médecins spécialistes en médecine nucléaire et en oncologie.

En termes de calendrier, il faut tenir compte du fait que les consultations préparatoires et les analyses, de même que le processus de modification de la réglementation, prendront du temps. Peu de changements sont dès lors à prévoir à court terme.

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

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

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

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

Ik meen dat wij moeten nagaan of het normaal is dat door een aantal achterpoortjes in de regelgeving, ik verwijs naar de dubbele tomografie, meer illegale medische handelingen dan legale handelingen worden terugbetaald. Dat is toch geen normale situatie.

09.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): La réponse directe de la ministre implique la nécessaire poursuite du suivi de ce dossier par la commission. Mais au vu du déficit attendu de l'assurance maladie, il est permis de se demander si nous n'utilisons pas ces technologies hors de prix de manière exagérée. Étant donnée l'obligation de réaliser des économies, l'annonce d'absence de changement à court terme est décevante.

Bien que le Centre d'Expertise suggère qu'une programmation n'est peut-être plus nécessaire, la ministre veut maintenir ce système. Manifestement des divergences de vue profondes existent à ce sujet entre le centre et la responsable politique.

Certaines failles dans la réglementation, et plus précisément celle de la double tomographie, font en sorte qu'on rembourse plus d'actes médicaux illégaux que d'actes médicaux légaux. Ce n'est tout de même pas normal! Il faut se demander comment remédier à cette

Wij moeten in eerste instantie nagaan hoe wij dat kunnen verhelpen, niet alleen vanuit de bezorgdheid om onze cijfers onder controle te houden, maar vanuit de nood in de instellingen zodat de toestellen kunnen worden gebruikt voor de mensen die ze echt nodig hebben.

situation non seulement pour une question de coûts, mais aussi en vertu du principe que les établissements doivent utiliser ces appareils pour les patients qui en ont vraiment besoin.

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

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

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

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

10.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Le remboursement des appareils de mesure de l'INR permettrait d'accroître la compliance et le follow-up de la thérapie. Grâce à ces appareils, les patients qui suivent un traitement anticoagulant par voie orale peuvent mesurer eux-mêmes leur INR, conformément à ce qui a été convenu avec leur médecin. Dans les pays voisins, un remboursement est prévu à cet effet. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé étudie actuellement les possibilités de remboursement, mais la rédaction du rapport a pris du retard. La ministre pourrait-elle déjà effectuer les travaux préparatoires afin de prévoir le remboursement dans la nomenclature?

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

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

10.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw Avontroodt stelt de vraag en geeft het antwoord zelf al!

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

Nous attendons les résultats d'une étude du Centre d'expertise pour le mois d'octobre. Je ne prendrai aucune mesure avant d'avoir examiné ce rapport. En fonction des conclusions et des recommandations, l'INAMI analysera les possibilités d'une intervention dans le coût des appareils de mesure de l'INR dans le cadre de la nomenclature des soins médicaux ou d'un autre système d'indemnisation.

10.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, u valt

10.03 Yolande Avontroodt

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

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

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

(Open Vld): Entre-temps, une série de projets pratiques, qui ont produit des résultats partiels, sont en cours chez les médecins. Peut-on déjà faire préparer ces résultats partiels? Il existe en outre une thèse de doctorat accueillie favorablement et une publication du professeur Gadisseur de l'UZA. Je souhaiterais vous demander de tenir compte également de ces éléments, sans anticiper les résultats du Centre d'expertise.

10.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Wanneer er beslist zal worden, zullen we met alles rekening houden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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

11.01 **Luc Goutry** (CD&V): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, een paar weken geleden heb ik al een vraag gesteld over de Kiwiprocedure en meer bepaald de toepassing ervan op Zocor, op simvastatines. U hebt mij toen geantwoord dat de uitgaven voor dit product hierdoor daalden met 14,5 miljoen euro.

11.01 **Luc Goutry** (CD&V): Ma question a trait à l'application de la procédure KIWI au Zocor, donc à la simvastatine. En réponse à une question, la ministre a récemment indiqué qu'en conséquence, les dépenses relatives à ce produit ont diminué de 14,5 millions d'euros.

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

Selon le rapport MORSE, il pourrait s'agir d'informations incomplètes. Il se peut que les dépenses aient diminué pour la simvastatine mais augmenté pour les autres statines, auquel cas nous n'avons réalisé aucune économie. L'explication résiderait dans le fait que la procédure KIWI a été appliquée au niveau de la molécule. Dans le cadre d'une procédure KIWI correcte ou d'une adjudication publique, on ne se base pas uniquement sur la molécule, mais sur tout le groupe de médicaments pris pour une indication déterminée. Si une

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

daling moeten hebben in de totale uitgaven voor producten voor die sector.

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

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

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

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

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

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

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

concurrence est organisée entre ces produits, il pourrait être question d'une diminution des dépenses.

Le Centre d'expertise considère toujours le système KIWI comme un moyen de réduire les dépenses dans le secteur des médicaments, mais il ne faut pas appliquer le modèle au niveau des molécules, mais au niveau de tout un groupe de médicaments.

À combien se sont chiffrées les dépenses pour les autres statines? En cas de glissements importants, comment ceux-ci pourraient-ils être appréhendés à l'avenir? Que pense la ministre de l'instrument stratégique en matière de comparaison des prix et d'adjudication publique? Dans l'accord de gouvernement, cet instrument est en effet également présenté comme un moyen de faire baisser les prix.

11.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Het gebruik van simvastatine is met 28 procent toegenomen, d.i. iets meer dan het gebruik van Lipitor.

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

respectivement de 25% et de 53% en 2008.

La consommation de la Simvastatine, qui a fait l'objet du modèle kiwi, a augmenté quant à elle de 28%. C'est un peu plus que pour le Lipitor.

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

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

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

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

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

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

U zegt dat men er niet kan toe komen dat men maar één molecule

La hausse des prescriptions de statines ne peut pas être simplement imputée à la procédure KIWI. On n'observe pas davantage de substitution au profit des molécules brevetées.

La procédure KIWI doit être appliquée avec circonspection. D'une part, la limitation du remboursement à une seule molécule pourrait porter préjudice à la santé du patient et, d'autre part, un instrument de ce type contraindrait un nombre considérable de patients à changer de traitement, ce qui ne comporte pas moins de risques pour leur santé. Pour pouvoir appliquer une restriction de ce genre, il faudrait un changement radical de mentalité de la part des médecins. Ils devraient s'abstenir de prescrire la moindre molécule nouvelle pour la classe choisie. Le patient serait dès lors pris en otage. Je ne pense donc pas qu'étendre la procédure KIWI à une classe unique soit une idée judicieuse.

11.03 Luc Goutry (CD&V): Il est étrange de constater que 14,5 millions d'euros d'économies sont réalisées sur la simvastatine d'une part, mais que d'autre part plus de 18 millions d'euros sont dépensés pour d'autres statines. Le glissement subsistera aussi longtemps que la situation de l'ensemble du groupe n'aura pas été clarifiée. Tous les efforts restent vains. Nous avons finalement dépensé plus alors que l'objectif initial était d'arriver au résultat contraire. Tout cela parce que le système n'est pas pleinement appliqué. C'est la raison pour laquelle les entreprises ont introduit un recours contre le système.

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

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

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

Ik meen dat alle rapporten, bijvoorbeeld het rapport-Kroes, over generieken duidelijk aantonen dat, wanneer wij geen modulering en moderatie in het prijzenbeleid inzake geneesmiddelen aanbrengen, dit de belangrijkste oorzaak zal worden van de onbetaalbaarheid van het gezondheidszorgsysteem. Daarvan ben ik ook persoonlijk echt overtuigd.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 **Samengevoegde vragen van**

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

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

- mevrouw **Sarah Smevers** aan de vice-eerste minister en minister van **Sociale Zaken en**

Il serait impossible de rembourser une seule molécule mais un tel remboursement est prévu aux Pays-Bas. La politique préférentielle qui est appliquée chez nos voisins du nord et qui consiste à rembourser les uns et à ne plus rembourser les autres n'a aucune conséquence néfaste pour les patients.

Dans le cas des statines, par exemple, 80% des gens se satisfont de Simvastatine, les 20% restants ayant besoin d'autres médicaments. Si un médecin estime qu'il ne peut aider thérapeutiquement un patient en lui prescrivant un médicament dont il est généralement admis que son prix a été réduit, il peut toujours lui prescrire un autre médicament qui doit également être remboursé au prix préférentiel. Il n'est donc pas question de prendre les patients en otage.

Je me réjouis que le Centre d'expertise ait conservé en première lecture ma proposition de commander une étude. Pour moi, l'enjeu n'est pas le modèle kiwi. J'appelle de mes vœux une politique préférentielle qui fasse en sorte qu'on puisse mettre en compétition certains médicaments, étant donné qu'ils produisent des effets thérapeutiques identiques, de façon à ce que la concurrence joue. Sans modulation ni modération sur le plan de la politique des prix des médicaments, nous nous dirigeons tout droit vers une situation où notre système de soins de santé deviendra impayable.

Volksgezondheid over "de uitspraak van het Antwerpse hof van beroep inzake het koninklijk besluit tot het verbieden van het roken in openbare plaatsen" (nr. 14148)

12 Questions jointes de

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12.02 Sarah Smeyers (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik heb

12.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Jeudi dernier, la nouvelle loi sur le tabagisme a été adoptée en séance plénière. Or au cours du débat qui lui a été consacré, une question précise portant sur le curieux arrêt rendu par la cour d'appel d'Anvers n'a pas reçu de réponse. Cette cour a en effet acquitté l'exploitant du restaurant De Kleppende Klipper parce que la législation viole le principe constitutionnel d'égalité étant donné que selon cette législation, les travailleurs de restaurants ne bénéficient pas de la même protection que les travailleurs de débits de boissons.

Comment la ministre réagit-elle à ce curieux arrêt? Le gouvernement interjettera-t-il appel? Ne risquons-nous pas, avec la législation adaptée qui est désormais en vigueur, de tomber de Charybde en Scylla? D'autres arrêts ou jugements similaires ne risquent-ils pas d'être prononcés étant donné que la nouvelle législation sur le tabagisme n'apporte fondamentalement aucune solution au problème cardinal auquel la cour d'appel d'Anvers s'est référée?

12.02 Sarah Smeyers (N-VA): M.

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

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

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

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

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

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

Bultinck a posé la question que j'aurais voulu poser.

La nouvelle réglementation est également discriminatoire. La ministre ne craint-elle pas d'autres décisions judiciaires? La ministre compte-t-elle anticiper pour que le jugement de la cour d'appel d'Anvers ne constitue pas un précédent?

12.03 **Laurette Onkelinx**, ministre: L'arrêt de la cour d'appel dans l'affaire De Kleppende Klipper précise que la distinction entre les établissements horeca où le tabac est autorisé et ceux où il ne l'est pas n'est pas rationnelle. La cour d'appel estime que, pour pouvoir établir une distinction, il faut pouvoir justifier l'objectif et les conséquences de l'interdiction de fumer.

Dans la nouvelle proposition de loi, la Chambre a clairement indiqué qu'il est important de mettre dans la balance les intérêts économiques et ceux qui relèvent de la santé publique. Dans la loi adoptée jeudi passé, tous les paramètres qui prôtaient à confusion dans l'ancienne législation ont été clarifiés. Les zones grises, comme la règle des 30% quasi impossible à contrôler, ont été éliminées.

La nouvelle proposition évitera la discrimination et fera en sorte que l'on ne puisse plus manger et fumer en même temps. Pour les établissements horeca qui servent des repas, l'interdiction de fumer sera généralisée. Seuls les établissements horeca qui ne servent que des boissons peuvent conserver une zone fumeurs, mais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uiteraard blijft de fundamentele vraag wat de gevolgen zijn voor de toekomst. Straks krijgt die wetgeving vermoedelijk de definitieve

ils doivent limiter les nuisances pour les non-fumeurs. Je tiens également à rappeler que le chiffre d'affaires du secteur n'a pas diminué depuis l'instauration de fumer.

Het gaat om een individueel arrest, dat niet "erga omnes" geldt. Een ander hof zou een heel ander arrest kunnen vellen. De rechterlijke orde kan een wet niet veranderen of nietig verklaren.

Wanneer de nieuwe wet van toepassing is en indien het gaat om een horecazaak waar eten wordt geserveerd, zal men er niet mogen roken.

12.04 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Votre réponse me laisse perplexe. La décision d'un tribunal n'est pas irrévocable. Une procédure d'appel pourrait être engagée mais, apparemment, la ministre préfère s'en tirer à bon compte.

12.07 Minister **Laurette Onkelinx**: Dat was een zaak van de minister van Justitie. Volksgezondheid was geen betrokken partij.

12.08 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Selon la ministre, la nouvelle loi réduit la marge d'interprétation. Quoi qu'il en soit, mon interprétation de l'arrêt demeure: le problème de la protection discriminatoire des travailleurs dans les débits de boissons et les établissements de restauration n'est pas résolu. Cet arrêt pourrait bien avoir donné le ton pour d'autres cours. Tous les problèmes ne sont donc assurément pas résolus.

consecratie, nu zij in de Kamer haar weg afgelegd heeft, wanneer zij in de Senaat op dezelfde manier afgehandeld wordt. Ook al is het maar één arrest, het kan zijn dat het een bepaalde toon gezet heeft voor de wetgevingstechniek en voor de uitspraken van een aantal hoven.

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

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

12.09 Sarah Smeyers (N-VA): La ministre a défendu la nouvelle loi en affirmant que les contrôles étaient à présent beaucoup plus aisés. C'est un bien maigre résultat. Est-ce devenu la seule préoccupation de la commission de la Santé publique? La discrimination persiste en effet.

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

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

12.10 Minister Laurette Onkelinx: Dat debat hebben we al lang en breed in de commissie én in de plenaire vergadering gehouden. We gaan het niet nog eens overdoen!

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

12.11 Sarah Smeyers (N-VA): Nos questions sont inscrites à l'ordre du jour d'aujourd'hui et nous pouvons donc rouvrir le débat.

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

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

12.12 Sarah Smeyers (N-VA): J'ai demandé si on anticiperait d'autres jugements et la réponse a été clairement négative. Il faudra donc attendre le prochain jugement d'un quelconque tribunal.

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

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

12.13 Sarah Smeyers (N-VA): Maddens!

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

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

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

En l'absence de Mme Schyns, sa question n° 14151 sera transformée en question écrite, vu les vacances. Vraag nr. 14151 van mevrouw Schyns wordt omgezet in een schriftelijke vraag, gelet op het nakende reces.

La question n° 14164 de M. Bacquelaine est transformée en question écrite. Vraag nr. 14164 van de heer Bacquelaine wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

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

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

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

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

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

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

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

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

Wat zijn activiteiten in België betreft, heeft de door u aangehaalde

13.01 **Mathias De Clercq** (Open Vld): La presse a récemment rapporté la fermeture à La Haye de la clinique privée d'un médecin néerlandais par l'Inspection néerlandaise des Soins de Santé. Le médecin se livrait à des pratiques inacceptables dans cet établissement et plusieurs patients néerlandais ont porté plainte contre lui pour maltraitance. Cerise sur le gâteau, il est apparu que le médecin en question est gynécologue et non chirurgien plastique. Cela n'a pas empêché l'intéressé de conserver son emploi dans notre pays, en l'occurrence en tant que chirurgien plastique dans une clinique du bien-être gantoise.

Comment lutter efficacement contre ce genre d'abus? Comment empêcher que des médecins suspendus dans un pays continuent à exercer dans un autre? Des initiatives européennes ont-elles déjà été prises dans ce domaine?

13.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Le docteur Goerdin a effectivement fait l'objet d'un rapport d'inspection aux Pays-Bas. En ce qui concerne ses activités

welnesskliniek ons meegedeeld dat dokter Goerdin geen deel meer uitmaakte van de daar praktiserende personen.

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

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

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

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

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

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

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

en Belgique, la Wellness Kliniek concernée a fait savoir que l'intéressé ne fait plus partie de son équipe.

Dans notre pays, les pratiques médicales qui sortent du cadre de l'assurance maladie obligatoire ne font pas l'objet d'un enregistrement. Il n'est donc pas possible de préciser quel médecin pose un acte déterminé lorsque cet acte n'est pas remboursé. À l'heure actuelle, les autorités ne sont informées qu'en cas de plainte. Mon administration a néanmoins mené une campagne d'inspection en 2008 par le biais d'une analyse des sites web et des annonces publiées par les "cliniques esthétiques". Je suis favorable à l'instauration d'un cadre pour les interventions esthétiques. Plusieurs propositions de loi ont déjà été déposées en ce sens. Les commissions médicales préparent d'ailleurs un projet en la matière.

En 2007, l'initiative a été prise à l'échelon européen d'instaurer un système de transmission de l'information en matière de titres professionnels protégés, à savoir le système IMI (système d'information sur le marché intérieur). Ce système est utilisé dans le cadre du processus d'équivalence des titres. La Belgique est l'un des pays qui y recourent activement. Cependant, nous ne disposons pas encore d'outil en ce qui concerne les sanctions disciplinaires et le registre déontologique. Nous préparons une législation dans ce sens, mais il s'agit évidemment d'un sujet complexe. De plus, les régimes applicables aux professions des soins de santé ne sont pas uniformes au niveau européen.

Je ne manquerai pas d'attirer l'attention de mes collègues européens sur ce point, par exemple lorsque la Belgique assurera la présidence de l'Union

européenne en 2010.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13.03 Mathias De Clercq (Open Vld): Il est essentiel d'éviter la répétition à l'avenir de pratiques inacceptables de ce type. Les interventions chirurgicales doivent être soumises à des règles strictes de manière à prévenir les abus. Il faut intervenir vigoureusement contre des médecins qui, lorsqu'ils ont été radiés dans un pays, se mettent à pratiquer dans un autre pays. Nous préconisons une vaste approche intégrée à l'échelle européenne.

14.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): La "task force" Biologie clinique et Imagerie médicale devra avoir dégagé pour demain un consensus sur la répartition des économies imposées. Il semble manifestement qu'on veuille faire supporter la totalité des économies par le secteur ambulatoire et cette option n'est pas équitable.

Je ne m'oppose nullement au recours à une "task force", mais il faut dans ce cas que l'ensemble des organisations professionnelles y soient représentées de manière proportionnelle. Les économies doivent être équitablement réparties.

La ministre veillera-t-elle à ce que les économies ne se fassent pas exclusivement au détriment des laboratoires ambulatoires? Organisera-t-elle une concertation avec les représentants des laboratoires "extra-muros" qui ne sont pas représentés au sein de la "task force"?

gecommuniceerd.

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

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

14.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Het is nog te vroeg om over de begroting 2010 te discussiëren.

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

14.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): De beslissing zal morgen toch genomen worden.

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

14.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Helemaal niet! We zullen de conclusies van de taskforce in de herfst evalueren.

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

De **voorzitter**: We zullen dit dus in het kader van de algemene bespreking van de begroting behandelen.

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

14.05 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): La ministre déclare que rien n'a encore été décidé, mais je souhaitais avant tout savoir si elle était disposée à accepter les représentants des secteurs ambulants au sein de la "task force".

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

14.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Sommige vertegenwoordigers zijn voortdurend verhinderd. De task force heeft met alle verenigingen overlegd die dat wensten. De tijd om conclusies te trekken is aangebroken. Het is veel te vroeg om zich uit te spreken.

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

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

14.07 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Le secteur extramuros semble avoir déjà été entendu.

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

14.08 Minister **Laurette Onkelinx**: We hebben naar

iedereen geluisterd!

(...): (...)

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

14.09 Yolande Avontroodt (Open Vld): Dat was mijn vraag niet.

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

15 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "dementie" (nr. 14183)
- mevrouw Martine De Maght aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de zorg op maat bij dementerenden" (nr. 14344)

15 **Questions jointes de**

- Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la démence" (n° 14183)
- Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins sur mesure pour les personnes démentes" (n° 14344)

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

15.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): De nombreuses propositions de résolution ayant déjà été déposées à ce sujet, je propose que la commission consacre un débat approfondi au traitement des affections cérébrales après les vacances parlementaires.

Mijn specifieke vraag is ook een beetje actueel en heeft te maken met een timing die werd vooropgesteld naar aanleiding van de vaststelling van de opleidingsvoorwaarden voor personen die als referentiepersoon voor dementie zouden worden aangesteld. Het RIZIV zou 14 miljoen euro ter beschikking hebben gesteld voor de zogenaamde referentiepersonen voor dementie. Die referentiepersonen zouden op basis van hun cv moeten kunnen aantonen dat zij een opleiding of nuttige ervaring op het vlak van de verzorging van demente personen hebben genoten. De precieze opleidingsvoorwaarden zouden het onderwerp moeten uitmaken van een ministerieel besluit, dat reeds klaar zou zijn. De voorwaarden zouden niet voldoende duidelijk zijn omschreven en er zou in een te lange overgangperiode zijn voorzien.

La ministre avait annoncé que l'arrêté ministériel définissant les conditions de formation des personnes de référence en matière de démence serait publié début juillet. L'INAMI a dégagé 14 millions d'euros. Les institutions et les centres de référence souhaitent entamer la formation des personnes de référence.

Quand l'arrêté ministériel entrera-t-il en vigueur? Quelles conditions de formation la ministre imposera-t-elle? S'est-elle déjà concertée avec le secteur à ce sujet?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15.02 Martine De Maght (LDD): Il manque de structures d'accueil des personnes souffrant de démence. Selon le Centre d'expertise fédéral des Soins de Santé, les effets des médicaments actuels contre la maladie d'Alzheimer restent limités. Malgré les progrès de la médecine, les personnes démentes demeurent incurables. Les patients dépendent des soins de proximité prodigués par leur entourage. Chacun n'est pas en mesure d'assurer seul les soins que requiert une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer ou atteinte de démence. Ceux qui le font ne sont pas suffisamment soutenus.

Actuellement, les soins résidentiels ne sont pas organisés pour accueillir ces patients dépendants ou ils ne sont pas suffisamment subventionnés par l'INAMI. Les subventions de l'INAMI sont principalement destinées aux échelles CAT B, B+ et C alors que les patients Alzheimer atteints de démence relèvent des catégories O ou A. Ces patients ne sont pas nécessairement alités, ce qui explique leur profil. Les initiatives qui offrent des possibilités d'accueil sont pour la plupart financièrement inabordables.

Quel traitement sera réservé à l'avenir aux intervenants de proximité qui prennent en charge des personnes démentes? Comment l'aide financière sera-t-elle garantie? Comment l'INAMI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

va-t-il soutenir et encourager les initiatives d'accueil résidentiel? Le régime de subsides sera-t-il revu pour que les personnes atteintes de démence puissent bénéficier de structures d'accueil financièrement abordables?

15.03 **Laurette Onkelinx**, ministre: Les conclusions du Centre d'expertise démontrent que seule une aide professionnelle aux intervenants de proximité permet de retarder l'admission du patient en institution, ce dont nous devons tenir compte.

Avec les Communautés et les Régions, nous nous sommes engagés à accroître la qualité des soins prodigués aux patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Un protocole d'accord conclu en juin 2005 entre l'État fédéral et les Communautés fixe le cadre budgétaire jusqu'en 2011 et vise à permettre aux personnes démentes de rester chez elles le plus longtemps possible. Pour 2010 et 2011, un budget de plus de 42 millions d'euros a été prévu pour le développement de formes alternatives de soins et l'aide aux intervenants de proximité.

À partir du 16 juillet, les établissements ou les organisations pourront proposer des formes alternatives de soins, ciblant ou non les personnes âgées qui résident chez elles. Je songe à l'ergothérapie ou à l'assistance psychologique à domicile, destinées à améliorer la qualité de vie du patient, mais

residentiële opvang.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

également celle de l'intervenant de proximité.

L'encadrement en personnel de réactivation et en personnel soignant a été porté à 0,8 équivalent temps plein par 30 patients ayant un score minimal de 2 pour l'orientation dans le temps et dans l'espace.

En juin 2009, la commission de conventions a examiné avec les maisons de repos et les organismes assureurs un projet d'arrêté ministériel concernant le financement des référents-démence dans les maisons de repos et de soins. Outre les règles de financement, la description de fonction du référent et le contenu et la durée de la formation seront également précisés. L'arrêté entrera probablement en vigueur le 1^{er} octobre 2009.

15.04 Yolande Avontroodt (Open Vld): Il ressort de la réponse de la ministre que les établissements concernés ne peuvent pas encore procéder à des recrutements étant donné qu'ils ne connaissent pas encore les conditions. Devront-ils attendre le mois d'octobre pour en être informés?

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

15.05 **Laurette Onkelinx**, ministre: L'arrêté entrera en application le 1^{er} octobre mais je recevrai une proposition de la commission des assurances dès le 16 juillet.

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

15.06 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): La ministre ne pourrait-elle pas envoyer une circulaire aux établissements juste avant les vacances parlementaires? La plupart de ces établissements s'apprêtent en effet à recruter et aimeraient donc savoir s'ils peuvent ou non procéder effectivement à ces recrutements.

15.07 **Laurette Onkelinx**, ministre: Je vais me renseigner.

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

15.08 **Martine De Maght** (LDD): Il est certes louable de soutenir les personnes qui dispensent les soins de proximité mais ce qui me tracasse surtout, c'est qu'il n'y a pas suffisamment de possibilités de prise en charge, les établissements n'étant pas enclins aujourd'hui à prendre en charge des personnes atteintes de démence parce qu'ils ne reçoivent pas assez de subsides pour leur cadre de personnel.

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

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

15.09 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik heb onlangs uitvoerig geantwoord op een interpellatie van een lid van deze commissie met betrekking tot de geheugenkliniek.

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

15.10 **Martine De Maght** (LDD): Je vais donc rechercher cette réponse.

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

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

16 Question de Mme Martine De Maght à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la popularité de nos centres de fertilité auprès des étrangers" (n° 14191)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

16.01 Martine De Maght (LDD): Le 30 juin, j'ai lu dans "De Morgen" que, chaque année, des dizaines de milliers de patients issus d'une demi-douzaine de pays européens viennent en Belgique pour bénéficier d'un traitement de la fertilité. Les centres de fertilité belges traitent 2.100 patients étrangers par an, soit 15% du nombre total de patients. Le groupe le plus important est constitué de couples de lesbiennes françaises. En France, le traitement avec don de sperme n'est toujours pas autorisé. La limite d'âge de 45 ans en vigueur chez nous est plus élevée que dans d'autres pays.

Vu la législation actuelle, les centres de fertilité ont un intérêt financier à attirer autant de patients étrangers que possible. Une campagne explicite est-elle menée? Des listes d'attente sont-elles établies? Les couples belges ont-ils priorité sur les couples étrangers? Comment ceci peut-il être garanti?

16.02 Laurette Onkelinx, ministre: Il y a un délai d'attente dans les centres de fertilité belges pour les personnes originaires d'autres pays. Cela résulte de nombreux facteurs, comme l'organisation des soins et la législation plus restrictive ailleurs.

La législation belge relative à la médecine reproductive garantit une qualité optimale et nos centres jouissent d'une excellente réputation. Le remboursement des traitements ne concerne pas les

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

patients étrangers qui sont soumis aux réglementations de leur propre pays. Le succès de nos centres ne s'explique donc pas par le remboursement qui est accordé en Belgique.

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

Aucun problème ne se pose au niveau de l'accessibilité des soins. Le traitement de couples étrangers n'a aucune influence négative sur l'accueil des couples belges.

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

16.03 Martine De Maght (LDD): Comment peut-on garantir cela?

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

16.04 Laurette Onkelinx, ministre: Les centres le constatent et j'en ai été informée par des experts.

Hebt u misschien een voorbeeld van een wachtlijst?

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

16.05 Martine De Maght (LDD): Les couples étrangers ne sont pas remboursés, de sorte que les centres de fertilité bénéficient de la totalité du montant facturé. Pourrions-nous continuer à garantir que la priorité sera accordée aux couples belges?

Het is blijkbaar populair in het buitenland en dat is de aanleiding voor mijn vraag. Kunnen wij blijven garanderen dat Belgische koppels voorrang blijven krijgen op buitenlandse?

16.06 Minister Laurette Onkelinx: Totnogtoe wel.

16.06 Laurette Onkelinx, ministre: Jusqu'à présent, oui.

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

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

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

16.08 Minister Laurette Onkelinx: (...)

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

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

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

17.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, dit is een vraag die ik niet graag stel, maar de feiten zijn de feiten. In het

17.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): La prospère entreprise

kader van het debat over de omzetting van de Europese richtlijn hebben wij de delokalisatie als mogelijk risico aangehaald en hoopten dat niet hoeven mee te maken. Ik heb echter in een persbericht gelezen dat onze vrees uitgekomen is. Het succesvolle Belgische biotech bedrijf TiGenix zal zijn nieuwste kraakbeenmiddel ChondroCelect niet in België commercialiseren, maar wel in Nederland. Dat is precies wat wij wilden voorkomen.

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

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

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

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

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

In verband met de toepassing van de wet kan ik u wijzen op het feit dat voor autologe toepassingen zoals ChondroCelect er geen samenwerking met een erkende bank voor lichaamsmateriaal nodig is. Evenmin belet de wet dat een onderneming die een erkenning als instelling zou verkrijgen, menselijk lichaamsmateriaal rechtstreeks zou kunnen verkrijgen vanuit andere landen van de Europese Unie, zonder dat hierin een Belgische bank voor menselijk lichaamsmateriaal zou moeten tussenkomen. Dat is ook duidelijk bevestigd aan bio.be en TiGenix.

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

belge TiGenix, spécialisée dans la biotechnologie, commercialisera aux Pays-Bas et non en Belgique sa thérapie cellulaire axée sur la régénération de cartilage stable, ChondroCelect. Au moment de la transposition de la directive européenne, nous avons déjà signalé ce risque de délocalisation dont la raison est la complexité et les nombreuses restrictions de la réglementation belge. Aux Pays-Bas, la directive a été transposée très simplement.

La ministre est-elle informée de la décision de TiGenix de délocaliser? Entre-t-il dans ses intentions de rendre à l'avenir les arrêtés d'exécution moins complexes afin d'éviter que d'autres entreprises spécialisées dans les technologies de pointe ou la biotechnologie ne quittent la Belgique?

17.02 **Laurette Onkelinx**, ministre: Pendant plus d'un an, je me suis concertée régulièrement avec bio.be et TiGenix à propos de la loi du 19 décembre 2008 et de ses arrêtés d'exécution. En ce qui concerne ces derniers, je me suis encore entretenue avec les deux partenaires en mai dernier. À cette occasion, il n'a été question ni de problèmes sérieux ni d'obstacles et il n'a pas davantage été fait allusion à l'éventuel déménagement de TiGenix vers les Pays-Bas.

Pour les applications comme ChondroCelect, la loi n'impose pas de collaborer avec une banque agréée de matériel corporel humain. Toute entreprise agréée peut recevoir du matériel corporel humain d'un autre État de l'UE sans l'intervention d'une banque belge, ce qui a été clairement confirmé à bio.be et TiGenix.

En revanche, la loi stipule que le

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

matériel corporel humain prélevé en Belgique à des fins d'applications allogènes sur l'homme doit être obtenu par le biais d'une banque de matériel corporel humain ou sous son contrôle et sa responsabilité. Là encore, la loi est très souple en ce qui concerne la fourniture de matériel corporel humain.

Dans l'article évoqué, l'impact de la loi sur l'entreprise est néanmoins relativisé et les soutiens logistique et financier sont invoqués comme motifs pour le déménagement.

17.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Cela démontre une fois de plus toute l'importance de mesures d'incitation financière en faveur de la recherche, du développement et de l'innovation. J'espère que le gouvernement prêtera une attention particulière à la nécessité impérieuse de garder en Belgique ce type d'entreprises innovantes.

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

Vraag nr. 14243 van mevrouw Meyrem Almaci wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

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

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

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

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

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

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

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

Ces restrictions sont établies sur la base des évaluations de sécurité

18.01 Olivier Destrebecq (MR): Parahydroxybenzoaten (parabenen) worden als bewaarmiddel gebruikt in onder meer shampoo, haargel, bodylotion, zonnecrème, scheerschuim en make-up. Volgens wetenschappers zouden sommige van die stoffen echter niet zonder gevaar zijn. Ze zouden meer bepaald kankerverwekkend zijn en tot vruchtbaarheidsproblemen kunnen leiden. Sommige van die stoffen zouden kunnen worden omgezet in vrije radicalen, die verantwoordelijk zijn voor vroegtijdige huidveroudering. Cosmetics bevatten ook vaak alcohol, waardoor de parabenen gemakkelijker in de opperhuid zouden kunnen doordringen. De gevolgen voor de volksgezondheid zouden dus niet min zijn! Beschikt u over wetenschappelijke studies die een en ander bevestigen? Moet, in voorkomend geval, niet gedacht worden aan uitvoerige studies over de mogelijke risico's van die stoffen? Moeten de gebruikers van die producten niet worden gewaarschuwd?

18.02 Minister Laurette Onkelinx: Parabenen zijn antibacteriële stoffen die gebruikt worden in diverse soorten producten, zoals cosmetica, medicijnen en levensmiddelen. Het gebruik ervan in cosmetica wordt geregeld door richtlijn 76/768, die bij koninklijk besluit van 15 oktober 1997 in Belgisch recht werd omgezet. Die 'cosmetica-richtlijn' voorziet in een beoordeling van de risico's voor de menselijke gezondheid van elk eindproduct, en legt beperkingen op voor bepaalde ingrediënten,

réalisées par le Comité scientifique européen des produits de consommation, le CSPC, et par les comités scientifiques antérieurs, en prenant en compte l'ensemble des données toxicologiques disponibles.

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

zoals bewaarmiddelen. Die beperkingen zijn gebaseerd op veiligheidsevaluaties die worden uitgevoerd door het Europees Wetenschappelijk Comité voor consumentenproducten (WCC) en de vroegere wetenschappelijke comités, en waarbij er rekening wordt gehouden met alle beschikbare toxicologische gegevens.

Het gebruik van parabenen is toegestaan in cosmetica, op voorwaarde dat de maximale concentraties niet worden overschreden. Naar aanleiding van bijkomende studies is het WCC in zijn advies van 24 juni 2008 tot het besluit gekomen dat methylparabeen en ethylparabeen veilig zijn, als de toegelaten concentraties worden nageleefd. Wat propylparabeen en butylparabeen betreft, wacht men nog op bijkomende gegevens. Zodra men daarover beschikt, zal men kunnen nagaan of er bijkomende beperkingen moeten worden opgelegd. In voorkomend geval zal ik mijn administratie vragen op Europees niveau aan te dringen op een snelle uitvoering van die nieuwe maatregelen.

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

18.03 Olivier Destrebecq (MR): Ik ben ervan overtuigd dat het publiek in afwachting van die nieuwe gegevens over die producten zou moeten worden voorgelicht.

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

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

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

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

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

19.01 Josée Lejeune (MR): Madame la ministre, des études relayées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) démontrent

19.01 Josée Lejeune (MR): Uit studies waarnaar de Wereld-

que, dans les pays industrialisés, des complications graves surviennent dans 3 à 16% des interventions chirurgicales avec des taux d'incapacité définitive et de mortalité variant de 0,4 à 0,8%. Toujours selon l'OMS, environ un million de personnes décèdent chaque année des suites d'une intervention chirurgicale. En fait, on distingue trois causes principales de mortalité en chirurgie: les infections, les complications liées aux hémorragies et la sécurité de l'anesthésie.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

gezondheidsorganisatie heeft verwezen, blijkt dat er zich in de industrielanden bij 3 tot 16 procent van de heelkundige ingrepen complicaties voordoen die voornamelijk te wijten zijn aan infecties, bloedingen en de veiligheid van de verdoving. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft een aantal aanbevelingen gepubliceerd om dat te verhelpen. Wat is uw standpunt dienaangaande? Beschikt u over statistieken met betrekking tot de complicaties die zich tijdens heelkundige ingrepen voordoen? Hoe zit het met de maatregelen die ertoe strekken de medische fouten te voorkomen?

19.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik heb kennis genomen van de checklist voor chirurgische ingrepen die de Wereldgezondheidsorganisatie heeft opgesteld. Ik heb mijn administratie gevraagd een

list chirurgie.

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

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

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

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

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

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

L'incident est clos.

voorstel voor de invoering van die "surgical safety checklist" uit te werken.

Een analyse van de databank van de FOD Volksgezondheid met betrekking tot het jaar 2000 lijkt erop te wijzen dat de situatie in België nagenoeg hetzelfde is als in andere landen. Er doet zich minstens één incident voor bij 6 procent van de patiënten die een chirurgische ingreep ondergaan en bij 7 procent van de patiënten die geen chirurgische ingreep ondergaan tijdens hun ziekenhuisopname.

Tot slot wordt er in het kader van het contract Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid een meerjarenplan 2008-2012 voorgesteld aan alle Belgische ziekenhuizen. In 2008 sloot 90 procent van de ziekenhuizen vrijwillig zo een contract, waarvan één luik volledig gewijd is aan de ontwikkeling van een veiligheidsmanagementsysteem.

Vanaf 2009 zijn alle ziekenhuizen verplicht een incidentenregistratiesysteem in te voeren. De gegevens over de incidenten moeten in dat systeem worden geregistreerd, waarna ze geanalyseerd zullen worden teneinde er lering uit te trekken.

19.03 Josée Lejeune (MR): Via uw departement werd er dus al het een en ander verwezenlijkt. Het is belangrijk dat er zo spoedig mogelijk een actieplan wordt opgesteld om de bestaande controles te stroomlijnen.

Het incident is gesloten.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 14360 van de heer George wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Vragen nr. 14390 van mevrouw Nyssens en nr. 14151 van mevrouw Schyns worden ingetrokken.

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

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

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

20.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Een jaar geleden antwoordde u op mijn vraag in verband met de moeilijkheden waarmee de stagiairs-geneesheren-specialisten in de ziekenhuizen worden geconfronteerd, dat u in samenwerking met de FOD Werk en andere betrokken actoren een werkgroep zou oprichten.

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

Eind 2008 hebben diensten die onder uw bevoegdheid vallen, twee inspecties uitgevoerd. Daarbij werd aan het licht gebracht dat er zich problemen voordoen op het stuk van de organisatie en de opvolging van de stages en de betrekkingen tussen de stagemeesters en de stagiairs. De Kamer heeft hoorzittingen met de diverse betrokken actoren georganiseerd. Enkele weken geleden hebben we vernomen dat de erkenning van een aantal stagemeesters niet werd verlengd.

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

Heeft men in het kader van de inspecties door uw diensten vastgesteld dat de kwaliteit van de stages en de opleidingen te wensen overlaat? Wordt er rekening gehouden met de werken recuperatietijden?

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

Naargelang van de diensten en de ziekenhuizen blijken er totaal andere vergoedingen te worden toegekend voor de wachtdiensten die door de kandidaat-specialisten worden uitgevoerd. Sommige kandidaat-stagiairs houden een

Cela n'a qu'un lien indirect avec ce qui précède mais de futurs médecins spécialistes européens viennent pratiquer et se former par

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

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

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

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

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

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

Le SPF analyse en ce moment le respect des critères relatifs au nombre de stagiaires attribués par maître de stage et rédigera sous peu un courrier de notification des problèmes destiné aux

ziekenhuis draaiend voor 60 euro per week, en krijgen het aan de stok met hun stagemesters, als ze die 's nachts durven storen. Hebben de inspecties van de werkgroep ter zake meer klaarheid gebracht?

Zijn de toekomstige artsen uit andere Europese landen die een opleiding komen volgen in onze ziekenhuizen, aan dezelfde voorwaarden onderworpen als onze kandidaat-stagiairs? Hoeveel procent kandidaat-stagiairs zullen er voor 2009-2010 worden toegelaten? Hoe staat het met het advies dat de Planningscommissie eind juni diende in te dienen?

20.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Uit een eerste analyse van de inschaling van de kandidaat-specialisten is gebleken dat er in de praktijk soms wordt afgeweken van de norm waarin het ministerieel besluit voorziet.

Het besluit bepaalt dat de stagemesters zich ertoe verbinden hun kandidaat-specialisten een billijke vergoeding toe te kennen, die vastgesteld wordt op grond van de brutowedde van een adjunct-adviseur in het federale openbaar ambt met dezelfde anciënniteit. Veel instellingen overschrijden dat bedrag en andere hebben kennelijk geen rekening gehouden met de herwaardering van de wedden door de administratie. Ik zal aan alle instellingen een omzendbrief richten om ze op hun verplichtingen te wijzen.

Er werd een grote actie opgezet om de stagemesters wier mandaat ten einde loopt, te vervangen en mijn administratie heeft onderzocht of het mogelijk zou zijn de verslagen van de stagiaires betreffende de diensten waarin ze gewerkt hebben, te gebruiken. Die studie wijst uit dat er weinig problemen zijn, maar ze is veeleer kleinschalig.

commissions d'agrément concernées. Il établit aussi à ma demande un plan d'inspection de plusieurs services.

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

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

Troisièmement, le bilan dont vous parlez n'a à ce jour pas été dressé. En vertu de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999, les dispositions relatives aux prestations de garde à remplir et leurs règles particulières de compensation relèvent des rapports juridiques entre l'hôpital et les candidats, lesquels rapports sont formalisés dans la réglementation particulière. Cette dernière est établie après concertation entre les candidats et l'hôpital et doit être soumise à l'approbation du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes. Ce processus-là est en cours, mais je dois bien avouer que la disparité des règlements existants rend l'opération assez complexe.

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

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

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

De FOD analyseert momenteel of de criteria betreffende het aantal stagiairs per stagemeeester nageleefd worden en zal binnenkort een brief in verband met de vastgestelde problemen naar de erkenningscommissies sturen. De FOD werkt thans een plan uit voor de inspectie van verscheidene diensten.

Elke overtreding van de erkenningscriteria kan een reden zijn om de erkenning in te trekken, onder voorbehoud van de naleving van het evenredigheidsbeginsel.

Er wordt bijzondere aandacht besteed aan de naleving van de uren wachtdienst. De erkenningscriteria dienen bijgewerkt te worden, maar daarvoor is er een diepgaand onderzoek nodig en moet het advies van diverse actoren worden ingewonnen.

De balans waar u naar verwijst, is nog niet opgemaakt. Krachtens het ministerieel besluit van 30 april 1999 vallen de bepalingen met betrekking tot de wachtdiensten onder de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de kandidaten, die in een bijzondere regeling worden uitgewerkt. Die regeling wordt uitgewerkt na onderling overleg tussen de kandidaten en het ziekenhuis en moet ter goedkeuring voorgelegd worden aan de Hoge Raad van Geneesheren-specialisten en van Huisartsen. Het is een complexe procedure, maar er wordt werk van gemaakt.

Men kan onmogelijk weten in welke instelling de Belgische, Europese en niet-Europese specialisten hun beroep zullen uitoefenen. Zodra ze de toestemming hebben gekregen hun beroep in België uit te oefenen, mogen ze dat eender waar doen.

In afwachting van het kadaster van geneesheren-specialisten dat eind

2009 moet klaar zijn, heeft de Planningscommissie voorlopig voorgesteld de huisartsenquota vanaf 2016 tot 400 op te trekken, de quota van de urgentieartsen te verdubbelen en een minimumquotum van twintig geriateren per jaar in te voeren.

De Planningscommissie wil wachten op de studie met betrekking tot de specialisten, die op het einde van jaar zou moeten rond zijn, teneinde een omvattender beeld van de problematiek te hebben.

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

20.03 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): Zitten er vertegenwoordigers van de stagiairs in die werkgroep?

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

20.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Ze worden in elk geval geraadpleegd.

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

20.05 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): Werden er al tijdschema's vastgesteld?

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

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

20.06 Minister **Laurette Onkelinx**: Neen, maar ik stel voor dat u me om de zes maanden daarover opnieuw zou ondervragen.

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

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

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

21.01 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, j'ai interrogé la ministre de l'Emploi la semaine passée à propos d'une travailleuse de la pharmacie de l'hôpital du Bois de l'Abbaye à Seraing, qui a donné naissance à un bébé malformé, ainsi que d'une grossesse qui se serait mal passée pour une autre employée, et du

21.01 Muriel Gerken (Ecolo-Groen!): De werknemers en de directie van het centre hospitalier du Bois de l'Abbaye in Seraing zouden het oneens zijn wat het

lien qu'il pourrait y avoir avec leurs conditions de travail. Il apparaît que la hotte d'un appareil qui fabrique des médicaments contre le cancer envoyait des vapeurs toxiques dans le visage des personnes qui l'utilisaient. Manifestement, si je me réfère aux dires des travailleurs de cet hôpital, cela fait plus ou moins un an et demi qu'il y a des divergences de vues entre direction et travailleurs quant à la maintenance et à la qualité du matériel et à l'exposition des travailleurs. Il apparaît maintenant que cette hotte était effectivement bouchée et qu'il faut procéder à son remplacement.

Je sais que la sécurité des travailleurs, y compris dans les hôpitaux, est du ressort de la ministre de l'Emploi. Les patients sont confrontés aux maladies nosocomiales et aux risques thérapeutiques, ce qui peut être lié à des comportements inadaptés ou à des informations mal communiquées ou parfois aussi à des problèmes organisationnels et relationnels au sein des hôpitaux. La frontière entre patient et personnel soignant n'est pas toujours si facile à établir au niveau des mesures à prendre pour protéger leur santé.

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

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

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

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

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

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

Voilà, madame Gerkens, les éléments qui m'ont été transmis. Pour

l'entretien et de la qualité van het gebruikte materiaal betreft en de risico's waaraan het personeel wordt blootgesteld. De veiligheid van de werknemers, ook in ziekenhuizen, valt onder de bevoegdheid van de minister van Werk. Aangezien patiënten ziekenhuisinfecties kunnen oplopen en het slachtoffer kunnen worden van therapeutische ongevallen, is het niet zo eenvoudig om de grens te trekken tussen patiënten en personeel wat de maatregelen met het oog op de bescherming van hun gezondheid betreft.

Wordt de gezondheid van de werknemers in een ziekenhuisomgeving bewaakt wanneer gebruik wordt gemaakt van nieuwe technologieën?

Zouden het RIZIV en de FOD Volksgezondheid op de mogelijke gevaren van die technologieën kunnen wijzen?

21.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Er zijn verscheidene systemen voor de follow-up van de gezondheidswerkers, in aanvulling op de bepalingen die voortvloeien uit de wetgeving inzake het welzijn en de veiligheid van de werknemers.

Wat de stralingsbescherming betreft, wordt de ioniserende straling van radiotherapie, medische beeldvorming, nucleaire geneeskunde en in het operatiekwartier gemonitord. Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid organiseert een niet-verplichte surveillance voor accidenteel bloedcontact in de Belgische ziekenhuizen. Sommige ziekenhuizen voeren andere bewakingssystemen in.

De FOD Volksgezondheid vraagt de ziekenhuizen die het contract Coördinatie Kwaliteit en Patiëntveiligheid hebben gesloten om, ten behoeve van de veiligheid van de patiënten, een

ma part, je suis ouverte à toute proposition éventuelle.

incidentenregistratie- en analysesysteem te ontwikkelen. Een soortgelijk systeem zou trouwens ook voor de gezondheidswerkers kunnen worden ingesteld.

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

21.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Op een gegeven moment moet er een grotere waakzaamheid aan de dag worden gelegd. De FOD Volksgezondheid en het RIZIV zouden daarin een rol kunnen spelen, in samenspraak met het personeel en de comités voor preventie en bescherming op het werk.

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

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

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 17.59 heures.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.59 uur.