

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MARDI 13 MARS 2007

DINSDAG 13 MAART 2007

Après-midi

Namiddag

La réunion publique est ouverte à 14 h 27 sous la présidence de Mme Colette Burgeon.

01 Question de Mme Josée Lejeune au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les mesures d'exécution de la loi du 4 mai 2006 modifiant la loi sur le prélèvement et la transplantation d'organes" (n° 14111)

01.01 Josée Lejeune (MR) : La pénurie d'organes constitue le frein majeur à la transplantation. Suite à un colloque organisé sur cette thématique, une proposition de loi prévoyant l'annulation automatique de l'opposition et du consentement au prélèvement lorsque les enfants atteignent l'âge de dix-huit ans fut adoptée le 4 mai 2006.

Notre loi n'est pas encore entrée en vigueur faute d'arrêtés royaux d'exécution. Comptez-vous prendre ces arrêtés royaux ?

01.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : La loi énonce le principe du consentement présumé. Toute personne inscrite au registre de la population ou depuis plus de six mois au registre des étrangers est présumée consentir au don d'organes après son décès. Plusieurs modalités pour l'opposition au prélèvement sont prévues. L'une d'elles habilite le Roi à organiser le mode d'expression de cette opposition.

L'arrêté royal du 30 octobre 1986 prévoit une possibilité pour le citoyen de se déclarer spontanément candidat donneur après son décès. L'arrêté royal va donc plus loin que ne l'y autorise la loi du 13 juin 1986. Pour pallier ce vide juridique, le projet de loi voté à l'unanimité le 21 décembre 2006 énonce que le Roi organise un mode d'expression de la volonté expresse de toute personne en qualité de donneur. C'est grâce à cette nouvelle base légale et dès sa publication que nous pourrons rédiger les arrêtés royaux nécessaires à l'entrée en vigueur de la loi du 14 juin 1986.

01.03 Josée Lejeune (MR) : Vous avez répondu à toutes mes questions.

01.04 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Un dispositif qui permet l'opposition et la déclaration a été inséré dans la loi.

L'incident est clos.

02 Questions jointes de

- Mme Trees Pieters au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire" (n° 14067)
- M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le déficit de l'AFSCA" (n° 14273)

02.01 Mark Verhaegen (CD&V) : Étant donné que Mme Pieters ne pouvait être présente, j'ai regroupé nos questions.

Depuis le 1^{er} janvier 2006, toutes les entreprises du secteur alimentaire doivent acquitter une taxe de financement basée sur un nouveau système de calcul. Il me revient que ces entreprises doivent payer neuf à cinquante fois plus.

Le secteur prépare entre-temps une procédure propre qui permettra à l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) d'assurer sa mission de contrôle avec des moyens nettement moins importants. La mise en œuvre de ce système sera d'ailleurs très coûteuse pour les entreprises.

En raison d'une erreur de calcul de l'AFSCA, les taxes acquittées l'année dernière ne se seraient chiffrées qu'à 21 millions d'euros au lieu des 35 millions budgétisés. Les représentants du secteur alimentaire craignent de faire une fois de plus les frais de ce déficit.

Le ministre a-t-il connaissance de ce déficit ? Quelles en sont les causes ? Influera-t-il sur les taxes prélevées par l'AFSCA ? Le ministre pourrait-il préciser les taxes et redevances précises dont le secteur sera redevable au cours des prochaines années ? Est-il disposé à commander une étude afin de comparer le fonctionnement de l'AFSCA aux services publics qui existent chez nos voisins ? Quand cette étude pourrait-elle être réalisée ?

02.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Il est exact que les recettes budgétaires 2006 de l'AFSCA sont moins élevées que prévu. Un nouveau système de financement est en effet entré en vigueur le 1^{er} janvier 2006 : chaque opérateur doit acquitter une taxe annuelle supplémentaire. Les bases de données des opérateurs des différents services qui composent l'AFSCA s'avèrent toutefois manquer de fiabilité, ce qui explique les difficultés rencontrées dans le cadre de la perception.

Sur les 180.000 opérateurs de la chaîne alimentaire sur lesquels nous avons tablé, 136.000 ne se sont pas conformés à cette obligation. L'agence tente à présent, par le biais d'autres bases de données, de dépister les opérateurs qui ne se sont pas enregistrés auprès de l'AFSCA et qui n'ont dès lors pas payé leur cotisation 2006. Cette opération correctrice s'achèvera fin mars. Par ailleurs, plusieurs dépenses inscrites au budget 2006 n'ont pas été réalisées, dans le but de limiter le déficit de cette année. Nous disposerons fin mars des chiffres définitifs et serons alors en mesure de calculer le déficit réel pour 2006.

L'objectif a consisté dès le départ à évaluer le nouveau système après un an. Les discussions au sein du groupe de travail Financement de l'AFSCA ont débuté en février. Je ne puis anticiper ses conclusions, mais une adaptation des arrêtés royaux relatifs aux taxes et rétributions fait partie des possibilités.

Le plan stratégique de l'agence, consultable sur le site internet, fournit déjà quelques indications sur l'évolution du personnel à la suite de l'application des mesures d'autocontrôle par les entreprises. L'objectif est de sensibiliser les entreprises à la sécurité alimentaire, afin que les services d'inspection puissent se concentrer sur les sociétés à problèmes.

Il est clair toutefois que l'agence n'externalisera aucune tâche. Sa mission reste le contrôle général de la chaîne alimentaire et concerne les demandes d'agrément, l'inspection d'abattoirs, les certificats d'exportation, la réalisation d'audits, etc. Les activités au profit des opérateurs sont financées par des rétributions selon le principe du demandeur-payeur.

Un expert du SPF Finances réalise en ce moment une étude comparative entre la Belgique et d'autres pays européens à propos de l'agence pour la sécurité de la chaîne alimentaire et les frais de contrôle. Il ressort des résultats provisoires que la part représentée par les cotisations du secteur par rapport à la dotation publique est plus importante en Belgique que dans les pays voisins. L'étude est cependant loin d'être terminée.

02.03 Mark Verhaegen (CD&V) : Il convient de s'attaquer prioritairement à ceux qui ne paient pas les cotisations afin de ne pas pénaliser les bons élèves de la classe.

Les grossistes en alimentation générale ont vu leur facture augmenter considérablement par rapport à 2005. C'est la raison pour laquelle j'ai insisté sur l'élaboration d'un plan pluriannuel afin que les entreprises puissent planifier à moyen et long terme. Les autocontrôles devraient également permettre une baisse des redevances.

L'incident est clos.

03 Question de Mme Dominique Tilmans au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la prise en charge multidisciplinaire des enfants cérébro-lésés" (n° 14131)

03.01 Dominique Tilmans (MR) : Le Centre Éclore de Sainte-Ode a pour but la prise en charge multidisciplinaire d'enfants cérébro-lésés. Il offre une palette très complète de services tant en consultation médicale spécialisée que pour la prise en charge. Il offre un choix thérapeutique de pointe et il est le seul à proposer ces services en province de Luxembourg. Or, sa situation financière est précaire car il ne bénéficie d'aucun financement en dehors de la nomenclature de l'INAMI. Sa reconnaissance comme centre de réadaptation fonctionnelle est donc attendue avec impatience, d'autant qu'il serait le premier en province de Luxembourg.

Ce dossier évolue-t-il positivement ? Le moratoire concernant ces centres est-il toujours en vigueur ? Si oui, peut-on envisager sa levée ? Prévoyez-vous des mesures particulières pour les enfants nécessitant une telle prise en charge ?

03.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Dans le cadre de l'assurance maladie, les soins médicaux normaux aux enfants cérébro-lésés peuvent être dispensés dans le cadre de la nomenclature des soins de santé. En outre, si nécessaire, ces patients peuvent être traités dans plusieurs types d'établissements de rééducation fonctionnelle.

Toutefois, à trois exceptions près, ces établissements visent également d'autres pathologies. L'INAMI ne conclut plus de convention avec les établissements de rééducation fonctionnelle pour les enfants cérébro-lésés, excepté avec cinq centres de référence en infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC) créés en 2004. Le but n'est toutefois pas que ces centres de référence assument l'entièreté du programme de rééducation des patients IMOC.

Vu la programmation existante et le degré de spécialisation exigé de ces centres, Éclore ne peut être considéré comme un centre de référence.

La conclusion d'une autre convention INAMI à propos des enfants cérébro-lésés n'est pas non plus possible.

La réforme de la réadaptation neurologique et locomotrice devrait permettre de remédier vers 2008 au problème de l'absence d'établissement de rééducation fonctionnelle spécialisé en province de Luxembourg.

Par ailleurs, j'attire votre attention sur le rôle joué par les Communautés. En effet, nombre d'enfants cérébro-lésés fréquentent un institut médico-pédagogique ou une école d'enseignement spécialisé.

03.03 Dominique Tilmans (MR) : Chaque province devrait disposer d'un centre reconnu. Les spécialistes de Sainte-Ode accomplissent un travail extraordinaire. Il n'est pas acceptable que ce centre risque de disparaître dans le cadre de la restructuration des hôpitaux luxembourgeois.

L'incident est clos.

04 Question de M. François-Xavier de Donnea au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les tests ADN sous forme de « kit » disponible sur internet" (n° 14144)

04.01 François-Xavier de Donnea (MR) : Le Comité de bioéthique a rendu un avis très négatif sur les kits d'analyse ADN mis à disposition sur internet par des laboratoires souvent étrangers et qu'il suffit de renvoyer

après avoir procédé soi-même aux prélèvements pour recevoir les résultats du test par la poste. En Belgique, les neuf laboratoires agréés agissent la plupart du temps sur demande de la Justice, et un encadrement est assuré par des psychologues.

Que pensez-vous de cette pratique ? Quelles actions pourraient-elles être envisagées dans l'esprit de l'avis du Comité de bioéthique ?

04.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Cette pratique, basée sur l'extraterritorialité et bien connue, touche l'ensemble des tests génétiques prédictifs et est très dommageable, puisque l'ensemble de l'accompagnement assuré dans notre pays par la sécurité sociale et la Santé publique font défaut.

Il est très difficile de bloquer cette pratique. L'arme dont nous disposons est un système de santé performant et bien financé qui offre un accueil meilleur à moindre coût et encadré par des règles éthiques solides et complètes. Ce qui est le cas des neuf centres agréés en Belgique.

La recherche de paternité n'échappe pas au domaine, même si elle est restreinte par des dispositions légales particulières.

04.03 François-Xavier de Donnea (MR) : On imagine bien que ces kits sont à la disposition d'individus malintentionnés animés de l'intention de nuire ou d'exercer un chantage. Je suis bien conscient qu'il est difficile de bloquer l'internet.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les déficiences immunitaires primaires" (n° 14146)

05.01 Yolande Avontroodt (VLD) : En juin 2006, la Commission européenne a organisé une conférence du consensus sur les immunodéficiences primaires. Si, dans ce domaine, le diagnostic est tardif ou erroné ou s'il n'y a pas de diagnostic du tout, les effets de l'affection peuvent déboucher sur un mal chronique, un handicap physique, l'incapacité de travail, voire le décès. Une des conclusions de la conférence est que ce diagnostic est posé trop rarement, que l'information est insuffisante, qu'un diagnostic précoce porte ses fruits et qu'il existe une inégalité significative en ce qui concerne l'accès aux soins. Le texte de consensus a certes été adopté mais le ministre a-t-il déjà pu examiner les ajouts qui s'y rapportent ? En quoi consiste le plan d'action ?

05.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) Je connais la teneur du débat de 2006. La Commission européenne encourage la coopération entre les États en vue d'une meilleure information des médecins, des patients et du grand public. Une accessibilité accrue au diagnostic et aux soins fait également partie de mes préoccupations. Des plaidoyers sont également tenus pour une meilleure coordination de la recherche scientifique. Je ferai poursuivre l'examen du dossier avant de formuler des recommandations politiques. J'ai invité mon administration à faire des propositions concrètes.

05.03 Yolande Avontroodt (VLD) : J'espère que des recommandations seront faites et qu'une circulaire sera diffusée. Les patients et les prestataires de soins doivent être mieux informés.

L'incident est clos.

06 Question de M. Luc Goutry au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avant-projet de réglementation légale en matière de soins de santé mentale" (n° 14073)

06.01 Luc Goutry (CD&V) : Plate-forme, une association coupole chapeautant toute une série d'organisations francophones, a donné le 31 janvier 2007 une conférence de presse sur le projet du ministre en matière de protection légale du titre de psychothérapeute. À cette occasion, les profondes divergences de vues entre francophones et néerlandophones sont apparues une fois de plus au grand jour. Les francophones sont partisans d'une réglementation très large tandis que les néerlandophones prônent une

approche qui laisse moins de place à l'interprétation. Quoi qu'il en soit, il ne serait pas opportun que le ministre cherche à faire adopter ce projet à la hussarde avant le terme de l'actuelle législature. Une réglementation hâtive ne résoudrait rien.

Où en est ce projet ? Entre-t-il dans les intentions du gouvernement de le faire adopter avant les élections ? N'est-il pas nécessaire qu'une réglementation légale soit soutenue par la majorité des acteurs de ce secteur dans l'ensemble du pays ? Que compte faire le ministre pour rapprocher les points de vue très divergents qui prévalent en Flandre et en Wallonie ?

06.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : La Plate-forme de Santé mentale n'est pas une organisation francophone mais bilingue. J'ai déjà dit plusieurs fois que dans ce dossier, je ne perçois pas de divergence de vues entre Flamands et francophones, pas plus lors de la conférence de presse qu'à d'autres occasions.

L'avant-projet de loi est encore à l'étude dans les groupes de travail. Je veux que ce dossier progresse le plus rapidement possible et qu'il soit bouclé avant la dissolution des Chambres. C'est un dossier complexe où les compromis sont inévitables. Tout le monde s'accorde pour dire qu'il faut agir. Dans ce dossier, nos deux Communautés n'adoptent pas des points de vue diamétralement opposés.

06.03 Luc Goutry (CD&V) : Il est très étonnant que le ministre ignore que des conceptions différentes prévalent en Flandre et en Wallonie. Des propositions de loi très différentes ont en effet été déposées. Le ministre veut boucler ce dossier avant les élections. Mais si des auditions ne nourrissent pas le débat, les députés pourront difficilement statuer sur ce dossier ardu. Je lance donc spécialement un appel aux commissaires néerlandophones pour les inviter à bien étudier ce dossier.

Quand ce projet sera-t-il déposé ici ? Est-il déjà allé au conseil des ministres et au Conseil d'État ?

06.04 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Non. Il est actuellement examiné au sein des groupes de travail intercabinets.

06.05 Luc Goutry (CD&V) : Si je vous ai bien compris, il doit encore aller au Conseil des ministres, puis au Conseil d'Etat et, enfin, juste avant les élections, au Parlement ?

06.06 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : C'est exact, et il devra alors être soumis au vote puis aller au Sénat.

06.07 Luc Goutry (CD&V) : Ca se présente bien.

Le **président** : Nous avons encore deux mois devant nous.

L'incident est clos.

07 Questions jointes de

- **Mme Yolande Avontroodt** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les formalités administratives dans le cadre de l'échelonnement modéré" (n° 14088)
- **M. Luc Goutry** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les sévères critiques relatives à l'échelonnement modéré" (n° 14138)
- **Mme Maggie De Block** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les abus concernant les lettres de renvoi en matière d'échelonnement modéré" (n° 14151)

07.01 Yolande Avontroodt (VLD) : Le système de l'échelonnement modéré est entré en vigueur au 1er février 2007. Les médecins généralistes doivent dès lors compléter un nouveau formulaire de renvoi, ce qu'ils estiment être inutile. Ils réclament une autre solution, plus conviviale.

On propose notamment qu'un renvoi sur l'attestation puisse suffire, de telle sorte que l'intervention majorée auprès du spécialiste ne peut être obtenue qu'après une consultation, alors que le remboursement de la consultation auprès du médecin généraliste peut être demandée plus tôt. L'employé de la mutuelle ne doit pas prendre connaissance des données médicales figurant sur la lettre de renvoi.

Le secrétaire d'État à la Simplification administrative a-t-il été associé à l'élaboration de la nouvelle réglementation ? Est-il possible d'élaborer une procédure administrative simplifiée en collaboration avec le secrétaire d'État ?

07.02 Luc Goutry (CD&V) : L'échelonnement modéré entré en vigueur le 1er février 2007 permet aux patients qui consultent un spécialiste de bénéficier d'une réduction du ticket modérateur payé. Cette mesure complexe ne s'applique toutefois qu'à dix-sept spécialités, ne vaut que pour une consultation par an et ne s'adresse qu'aux seuls patients qui ont un dossier médical global. Nous doutons dès lors qu'elle incite réellement le patient à d'abord consulter son médecin généraliste.

L'assurance maladie étant trop compliquée pour le patient, notre préférence va à une mesure globale plus simple, d'autant que les médecins généralistes se plaignent déjà du surcroît de tracasseries administratives qui accompagne la mesure.

Le ministre a-t-il conscience de la complexité du système et de son imprécision ? Si les patients ne sont pas informés de la mesure ou ne la comprennent pas, l'objectif de responsabilisation sera-t-il réalisé ? Le système sera-t-il généralisé ou étendu ? Sera-t-il simplifié sur le plan administratif ?

07.03 Maggie De Block (VLD) : Je voudrais évoquer un certain nombre d'abus dans le système de l'échelonnement modéré. Les spécialistes remettent parfois des lettres de renvoi à leurs patients qui, munis de celles-ci, se rendent chez leur généraliste pour ainsi percevoir quand même le remboursement avantageux. Les mutuelles participent à cette pratique en fournissant de tels formulaires à leurs assurés.

Le ministre est-il informé de ces abus ? Comment y palliera-t-il ? Que pense-t-il du rôle douteux joué par les mutuelles, qui doivent en réalité veiller à ce que la loi soit correctement appliquée ?

07.04 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : L'échelonnement modéré a été instauré le 1er février 2007 et expliqué aux généralistes. Il est commenté sur le site internet de l'INAMI. Il s'agit de renforcer la collaboration entre le généraliste et le spécialiste et d'encourager les patients à consulter d'abord leur généraliste. Celui-ci adresse une lettre de renvoi au spécialiste et remplit également un formulaire de renvoi que le patient présente au spécialiste et transmet ensuite à la mutuelle.

La réduction du ticket modérateur ne s'applique qu'à certains spécialistes et une seule fois par an. Le patient doit par ailleurs confier la gestion de son dossier médical global au médecin généraliste concerné.

Le fait que les mutuelles informent leurs membres sur les nouvelles modalités et leur fournissent des formulaires ne pose pas de problème. Une fois par an, les mutuelles doivent expliquer à leurs assurés les modalités de remboursement pour chaque spécialité.

Le généraliste a ainsi également l'occasion d'insister sur l'importance du dossier médical global, qui contribue en effet à la cohérence du traitement des problèmes de santé. Le surcroît de travail administratif que cette procédure engendre pour le médecin est limité, compte tenu de la simplicité du formulaire. Par ailleurs, les généralistes se voient ainsi attribuer une position centrale qu'ils réclament depuis des années.

La restriction actuelle du système à certains spécialistes et à un seul remboursement par an est la conséquence des prévisions budgétaires. À la suite de l'évaluation de la mesure, cette restriction pourra éventuellement être levée.

Mes services tenteront de dépister les infractions, pratiques dont un généraliste de bonne foi ne saurait se rendre coupable.

07.05 Luc Goutry (CD&V) : Il faut permettre à ce système de conditionnement de faire ses preuves. Nous préconisons en revanche un système administratif aussi simple que possible, à généraliser dans les meilleurs délais pour éviter qu'il reste trop complexe. Récompenser le patient qui est titulaire d'un dossier médical global et qui commence toujours par consulter en première ligne, tel doit être le principe général.

07.06 Maggie De Block (VLD) : Le fait que le ministre entend traquer les abus est une bonne chose. Nous

préconisons un remboursement différencié. La mission des mutualités est d'informer mais il ne leur revient pas de décider des renvois. Il s'agit-là de la mission du médecin généraliste, en concertation avec le patient.

07.07 Yolande Avontroodt (VLD) : Ce système sera-t-il développé en collaboration avec le secrétaire d'État à la Simplification administrative ?

07.08 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais) : Je préconise un système qui soit à la fois le plus simple et le plus efficace possible. S'il existe encore des possibilités pour simplifier les choses, je suis disposé à les mettre en œuvre.

L'incident est clos.

08 Question de Mme Maggie De Block au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la rémunération des licenciés en kinésithérapie dans les maisons de repos" (n° 14119)

08.01 Maggie De Block (VLD) : Les licenciés en kinésithérapie qui travaillent en maison de repos sont payés comme des gradués, même si cela fait déjà plusieurs années que l'on ne peut plus obtenir de graduat en kinésithérapie.

L'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 stipule que l'INAMI rembourse le salaire des kinésithérapeutes aux maisons de repos, mais selon le barème applicable aux gradués. Les maisons de repos doivent donc couvrir elles-mêmes la différence de salaire. Or, par manque de moyens, de nombreuses maisons de repos ne le font pas. Le remboursement ne pourraient-ils pas être adapté à la réalité ?

08.02 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais) : Je demanderai à l'INAMI de vérifier le nombre de licenciés qui sont payés comme des gradués. De cette manière, nous pourrions évaluer ce que cela coûterait de payer les licenciés à un barème plus élevé, de façon à ce que nous puissions en tenir compte lors de la confection des budgets.

08.03 Maggie De Block (VLD) : C'est un engagement pour l'avenir.

L'incident est clos.

Le développement des questions et de l'interpellation est suspendu de 15 h 21 à 15 h 34.

09 Question de M. Miguel Chevalier au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le nombre croissant de fumeurs" (n° 14171)

09.01 Miguel Chevalier (VLD) : La lutte contre le tabagisme constitue l'un des éléments marquants de la politique du ministre. Il y a d'abord eu l'interdiction de fumer dans les espaces publics, puis dans les grands établissements du secteur horeca où sont servies des frites. Il y a également eu les augmentations de prix et l'apposition sur les paquets d'images dissuasives. Pourtant, le nombre de fumeurs augmente et leur créativité et leur inventivité se développent. Les mesures prises ne produisent donc pas l'effet escompté

Que pense le ministre de ces constatations ? S'agit-il de contrôles aléatoires ou de véritables études ? Se pourrait-il que certaines mesures aient un effet contraire à l'objectif fixé ? Comment le ministre réagit-il à l'utilisation croissante de tabac à rouler ? Ne devrait-on pas procéder à une évaluation générale de la politique menée au cours des dernières années en matière de tabac ? Peut-être ce dossier nécessite-t-il une approche moins musclée, davantage axée sur la sensibilisation et la prévention que sur la répression.

09.02 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais) : J'ai pris connaissance des résultats publiés par le SPF Économie avec étonnement et scepticisme car ils sont notamment en contradiction avec les conclusions de l'enquête annuelle de la Fondation contre le Cancer. Cette dernière constate une stabilisation du nombre de fumeurs journaliers, une diminution du nombre de grands fumeurs et une augmentation du nombre de fumeurs de tabac à rouler. En outre, la hausse du nombre de fumeurs journaliers enregistrée par le SPF Économie est due à la baisse inexpliquée - et jamais confirmée - de leur nombre en 2004.

Le plan fédéral de lutte contre le tabagisme appréhende le problème globalement. Parmi les axes définis, on

peut citer la désaccoutumance des femmes enceintes, la formation des médecins et la sensibilisation aux dangers du tabagisme. Un numéro vert d'information sera également mis en place. Par ailleurs, j'ai toujours été partisan d'une hausse significative des prix des produits à base de tabac, mais cette politique ne relève pas de mes compétences.

Depuis 2005, deux millions d'euros sont affectés, en définitive, à la mise en oeuvre de projets non répressifs. Le Fonds tabac assure la cohésion des actions antitabac à tous les niveaux.

09.03 Miguel Chevalier (VLD): Les chiffres corrigés par le ministre sont tout aussi inquiétants, car l'on ne réussit semble-t-il pas à faire plus que stabiliser la consommation des fumeurs habituels. Le ministre confirme l'augmentation du nombre de personnes qui roulent leurs cigarettes. Un changement de mentalité s'impose donc clairement. Une politique de santé efficace doit tendre à aider les fumeurs à arrêter de fumer et à protéger la population contre le tabagisme.

L'incident est clos.

10 Question de Mme Muriel Gerkens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des soins dentaires" (n° 14210)

10.01 Muriel Gerkens (ECOLO): Un accord dento-mutualiste est intervenu pour 2007 et 2008. Malheureusement, même s'il contient le dégagement de 9 millions d'euros pour des politiques nouvelles, telles que le remboursement des extractions à partir de juin 2007 et des soins usuels à partir de 2008 pour les enfants de moins de quinze ans « si le budget le permet », il ne contient pas le remboursement de l'extraction dentaire pour tous, du détartrage curatif et des prothèses dentaires.

L'absence de soins et l'absence d'extraction provoquent des foyers infectieux qui ont des conséquences dramatiques également pour la mâchoire et qui nécessitent des traitements aux antibiotiques répétitifs. Mon attention a été d'autant plus attirée sur la question et mon interrogation plus vive du fait que la dernière enquête de l'Institut de santé publique révèle que 15 % de la population est totalement édentée et que 39 % portent une prothèse totale ou partielle.

Si l'on considère l'importance des tickets modérateurs de deux dentiers ainsi que les honoraires liés à l'extraction et à la réhabilitation de la bouche, il est clair qu'une population démunie ne peut se permettre de tels soins sans qu'il n'y ait un remboursement. D'autres études ou estimations montrent que les personnes qui sont édentées devraient quasiment être considérées comme personnes handicapées.

Avez-vous signifié aux partenaires des accords dento-mutualistes votre volonté d'intégrer le remboursement de toutes les extractions et des prothèses dans cet accord 2007-2008 ? Dispose-t-on de données permettant de chiffrer le coût du budget des soins de santé qui correspondent aux traitements antibiotiques liés aux infections dentaires mais aussi aux autres maladies rénales, cardiaques, digestives ou osseuses qui résultent d'une absence de soins ?

Devons-nous faire une croix sur le remboursement des extractions jusque fin 2008 ou bien existe-t-il des possibilités de revenir sur ces dispositions ?

Cette situation me heurte dans la mesure où le mauvais état de la dentition est à l'origine d'exclusions sociales. En outre, ne plus avoir de dents est psychologiquement difficile à vivre. Par ailleurs, les soins dentaires n'étant pas remboursés et ne leur étant pas accessibles, ces personnes peuvent douter de la fiabilité de notre système de sécurité sociale, ce qui peut avoir des conséquences en termes de confiance du citoyen dans la capacité du politique à les aider.

10.02 Rudy Demotte, ministre (en français): Lors de la précédente législature, un important rapport sur la santé dentaire en Belgique a été déposé. Il avait été commandé par mon prédécesseur au professeur Van Steenberghe et au président de la commission dentomutuelliste. Quatre grandes mesures emblématiques ont été prises depuis 2003 dont le remboursement de la prothèse intégrale à partir de l'âge de 50 ans ; la gratuité des soins dentaires pour les enfants de moins de 12 ans ; le remboursement de l'examen parodontologique.

La politique suivie ne poursuivait pas un objectif de rattrapage exclusif de ce retard mais l'application d'un principe inspiré par des objectifs psycho-médico-sociaux. D'autres mesures devront encore être prises mais

il n'y a pas, aujourd'hui, un pays qui ait pris autant de mesures sociales en dentisterie.

Rien ne permet d'indiquer que les prescriptions d'antibiotiques par les dentistes sont en hausse. L'étude Santé nous donne assez de renseignements épidémiologiques sur la question. On pourrait déjà voir ce que l'on peut en tirer comme conclusions mais il faudra se pencher sur l'étude.

La question du recours à des illégaux nécessite des témoignages et des indications plus concrets que ceux dont je dispose pour le moment. Il serait intéressant d'approfondir cette question en impliquant notamment les départements de l'Intérieur et de la Justice.

En ce qui concerne l'honoraire de l'extraction, d'un côté on dit qu'il y a une nécessité de rendre plus accessibles l'extraction et les prothèses et d'un autre, on regrette l'augmentation des tarifs d'interventions. Je pense que seules des prestations correctement tarifées permettent de garantir leur accessibilité en rendant attractif le système de conventionnement. Les augmentations notées dans ce domaine ne sont que des opérations de rattrapage.

10.03 Muriel Gerkens (ECOLO) : J'ai reconnu les mesures positives prises. Il m'apparaît que l'extraction dentaire est un soin nécessaire. L'extraction dentaire constitue parfois un mode d'entrée en contact avec ces personnes. C'est quand elles souffrent trop qu'elles viennent voir le dentiste.

Je reste donc surprise que l'on ne parvienne pas à convenir de généraliser le remboursement de l'extraction dentaire. Certains dentistes expliquent d'ailleurs que cet acte peut coûter moins cher, que le tiers payant n'est pas possible pour tous.

Une réflexion plus approfondie me paraît indispensable en lien avec d'autres dépenses en sécurité sociale dont on pourrait faire l'économie, peut-être sur un autre poste que les soins dentaires. Il m'intéresserait vraiment que nous intensifions l'examen de cette problématique et d'un éventuel remboursement.

L'incident est clos.

11 Questions jointes de

- **M. Joseph Arens à la vice-première ministre et ministre de la Justice sur "l'euthanasie de patients souffrant de dépression majeure irréductible et le projet d'arrêté royal sur la déclaration anticipée en matière d'euthanasie" (n° 14212)**

- **M. Joseph Arens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'euthanasie de patients souffrant de dépression majeure irréductible et le projet d'arrêté royal sur la déclaration anticipée en matière d'euthanasie" (n° 14213)**

11.01 Joseph Arens (cdH) : J'avais déposé cette question également en commission de la Justice, qui l'a renvoyée en commission de la Santé publique.

Le dernier rapport transmis au Parlement par la commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie fait état de quatre cas d'euthanasie de patients souffrant de dépression majeure irréductible. À l'époque du vote de la loi, nous avons déjà mis en garde contre un champ d'application trop large.

Confirmez-vous que les soins pour les patients souffrant de dépression et de problèmes suicidaires devraient être améliorés ? Quelle solution préconisez-vous ?

Par ailleurs, le Conseil des ministres aurait approuvé un projet d'arrêté sur la déclaration anticipée en matière d'euthanasie. Ce projet prévoirait que le formulaire soit rempli par la personne et enregistré à la commune de son domicile. L'officier de l'état civil envoie ensuite un avis au SPF Santé publique, qui l'enregistre et le conserve dans la banque de données centrale, qui peut être consultée par le médecin. Une procédure par l'intermédiaire de l'officier de l'état civil de la commune est-elle la méthode la plus appropriée ?

11.02 Rudy Demotte, ministre (en français) : La loi sur l'euthanasie n'exclut pas, en effet, les affections psychiatriques. Je ne pense pas que son application mette en péril les initiatives prises à tous les niveaux pour prévenir ou soigner les problèmes de dépression.

Dans le cadre du Plan fédéral de lutte contre le suicide, j'ai mis en place dans trois hôpitaux un projet pilote dont l'objectif est d'améliorer l'accueil et le suivi des personnes ayant tenté de se suicider. Sur la base des résultats de ce projet, des guides seront rédigés à l'attention des hôpitaux et des services d'urgence.

Le projet d'arrêté royal auquel vous faites allusion exécute la loi relative à l'euthanasie, qui prévoit la conservation centralisée des déclarations anticipées soit par l'entremise du registre national soit par le truchement des communes. Ce processus me semble cohérent pour le citoyen, qui dispose ainsi d'un guichet unique pour l'ensemble de ses contacts avec l'autorité au sujet de ses données personnelles principales.

11.03 Joseph Arens (cdH) : Je souhaiterais que le rôle de l'officier de l'état civil soit précisé. Contrairement à ce que j'ai lu dans la presse, celui-ci ne doit pas donc remettre son avis au SPF Santé publique ?

11.04 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : La réponse que m'a préparée l'administration n'en fait pas mention.

L'incident est clos.

12 Question et interpellation jointes de

- **M. Koen Bultinck** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les expériences éventuelles de délivrance gratuite d'héroïne" (n° 14239)

- **M. Koen Bultinck** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'organisation éventuelle de distributions gratuites d'héroïne à titre expérimental" (n° 1026)

12.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : La ville de Liège prévoit de lancer à l'automne un projet de délivrance d'héroïne sous contrôle médical. La note de politique fédérale sur les drogues du 19 janvier 2001 précisait pourtant clairement que le gouvernement ne prévoyait aucun projet de délivrance d'héroïne. Pourquoi le gouvernement change-t-il de cap à présent ?

Le ministre connaît les problèmes qui ont entouré la publication des arrêtés royaux relatifs à la méthadone. Ne serait-il pas beaucoup plus logique d'attendre les résultats des expériences menées en matière de délivrance de méthadone avant de franchir un pas supplémentaire ? Quand procédera-t-on à cette évaluation ? Est-on à présent parvenu au constat que la méthadone n'offre pas toujours une réponse concluante et existe-t-il des arguments scientifiques justifiant la poursuite de cette initiative ?

Dans le cadre de cette problématique, les institutions internationales jouent également un rôle. Le 15 février, le ministre a confirmé que l'expérience de délivrance d'héroïne devait être notifiée à l'*International Narcotics Control Board* de Vienne. Qu'en est-il aujourd'hui de cette notification ?

Le ministre a établi des contacts avec l'université de Liège. A quels résultats ont abouti ces contacts et dans quelle mesure ont-ils convaincu le ministre de décider la conduite de ces expériences ?

Une délégation de notre commission s'est rendue en Suisse afin d'y étudier la situation. Lorsque certains membres se sont enquis auprès des autorités suisses des fondements scientifiques des expériences menées dans leur pays, ils n'ont pas reçu de réponse. La prise de position du ministre est-elle, quant à elle, étayée par des rapports scientifiques ?

Le prix moyen pour les deux groupes de contrôle serait de 22 euros par jour. Pour un groupe nodal, il est de 45 euros par jour. Il n'y a pas si longtemps, un fonds destiné à combattre les assuétudes a été créé par loi-programme. Le ministre a-t-il l'intention de financer les expériences avec l'héroïne menées à Liège en puisant dans ce fonds ?

J'espère que le ministre sera plus prolix qu'en séance plénière.

12.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Je crains de devoir décevoir l'auteur de la question. Je n'ai pas introduit de demande d'autorisation auprès de l'Organe International de Contrôle des Stupéfiants. Cette institution autorise l'utilisation de stupéfiants à des fins médicales et scientifiques. Il s'agit en l'occurrence d'un projet pilote qui s'inscrit dans le cadre de la recherche scientifique. Je ne manquerai toutefois pas d'informer l'OICS de son déroulement. Je communiquerai également en quelles quantités nous serons amenés à importer de la diacétylmorphine.

Mes collaborateurs entretiennent des liens étroits avec l'équipe de Liège, à laquelle j'ai donné le feu vert.

Le fonds de lutte contre les assuétudes financera les mesures. La note de politique générale précisait qu'aucun financement ne serait inscrit au budget fédéral. Il existe à présent de nouvelles sources de financement.

12.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : La réponse ne comporte guère d'éléments neufs. Les acteurs du secteur – tels que les assistants de l'association « De Sleutel » – ont indiqué ces derniers jours que de graves problèmes se posent en matière d'accueil de crise des mineurs et des adultes. Dans ce contexte, nous devons nous demander s'il est opportun de lancer une nouvelle expérience, alors que tant de besoins restent encore sans réponse.

Je déposerai une motion de recommandation, car je souhaite que la séance plénière de la Chambre s'exprime sur cette question en cette période politiquement importante. Cette expérience a en effet également fait l'objet de critiques de plusieurs commissaires VLD. Par cette motion, je veux amener tous les groupes à prendre leurs responsabilités.

Motions

En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.

Une motion de recommandation a été déposée par M. Koen Bultinck et est libellée comme suit:

“La Chambre,
ayant entendu l'interpellation de M. Koen Bultinck
et la réponse du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
demande au gouvernement
de ne pas mener d'expériences en matière de délivrance d'héroïne sous contrôle médical.”

Une motion pure et simple a été déposée par Mmes Colette Burgeon et Hilde Dierickx.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

13 Questions jointes de

- **M. Stijn Bex au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la création de lits psychiatriques K dans le Brabant flamand" (n° 14248)**
- **M. Walter Muls au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accueil de mineurs d'âge du Brabant flamand dans des institutions bruxelloises" (n° 14456)**

13.01 Stijn Bex (sp.a-spirit) : Les lits FOR-K ou lits psychiatriques K sont des places destinées à l'internement de jeunes. Le ministre prévoit d'attribuer des lits supplémentaires aux projets pilotes existants. Contrairement aux autres régions, les acteurs de terrain du Brabant flamand se plaignent de ne disposer d'aucune marge pour se concerter sur l'implantation des places supplémentaires.

Les lits FOR-K supplémentaires ont déjà été attribués au centre hospitalier Titeca à Bruxelles. Cette décision est contraire aux options retenues dans la note politique relative à la santé mentale. Sur le terrain, la culture éminemment francophone de ce centre – qui dispose officiellement d'une structure bicommunautaire – risque d'entraver l'accueil de jeunes Flamands du Brabant flamand. Dans la pratique, cet établissement accueille également des mineurs provenant de l'ensemble de la Wallonie.

Comment les projets pilotes existants ont-ils été évalués ? Quels sont les constats pour le centre hospitalier Titeca ? Comment le ministre pense-t-il assurer l'accueil de jeunes néerlandophones du Brabant flamand au sein d'une structure essentiellement francophone ? Combien de jeunes du Brabant flamand le centre Titeca a-t-il accueillis depuis le lancement du projet pilote ? Est-il exact que le centre accueille également des jeunes en provenance de l'ensemble de la Wallonie ? Pourquoi le ministre continue-t-il à se baser sur la répartition des cours d'appel alors que toutes les régions ne sont pas équitablement desservies ? Pourquoi ne dispose-t-on pas, dans le Brabant flamand, d'une marge pour la concertation ? Que pense le ministre de la proposition des services K du Brabant flamand de prévoir huit places FOR-K au centre de Kortenberg ?

13.02 Walter Muls (sp.a-spirit) : La volonté du ministre de tout centraliser au centre Titeca soulève une série de questions.

Dans le Brabant flamand, il n'y a pas de marge pour une concertation relative à des places supplémentaires. Le Centre Titeca accueille non seulement des mineurs mais aussi de nombreux majeurs. Le centre se chargera de l'accueil de tous les mineurs de Wallonie, étant donné que les projets pilotes n'ont pas encore démarré du côté francophone. On craint de ne pas disposer de suffisamment de temps et de place pour accueillir les patients néerlandophones de façon adéquate dans le cadre d'un accord de coopération avec d'autres infrastructures du Brabant flamand. Environ 90 % du personnel de Titeca est francophone.

Pourquoi les projets pilotes francophones n'ont-ils pas encore débuté ? Pourquoi la concertation n'est-elle pas possible en Brabant flamand ? Pourquoi le groupe de mineurs néerlandophones est-il centralisé dans un centre essentiellement francophone ? Pourquoi ne peut-on pas libérer quelques lits dans les centres hospitaliers de Kortenberg et/ou de Grimbergen ? Du personnel néerlandophone supplémentaire au sein de Titeca serait une bonne chose, mais comment le ministre garantira-t-il qu'un groupe spécifique de patients mineurs sera soigné de façon optimale dans un environnement essentiellement allophone ?

Présidente : Mme Colette Burgeon.

Le ministre peut-il nous garantir que ces patients mineurs d'âge bénéficieront d'un suivi médical optimal et se sentiront chez eux ?

13.03 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : L'unité du centre psychiatrique Titeca, qui a ouvert ses portes le 27 octobre 2003, était le premier service FOR-K. Les trois projets FOR-K existants considèrent Titeca comme le centre qui prend en charge les patients les plus difficiles. Dans ce centre, il n'existe aucun critère d'exclusion pour ce qui regarde le régime linguistique. Les critères utilisés sont depuis toujours l'objet d'un suivi scrupuleux par le biais des contrats que le SPF Santé publique a conclus avec cette institution.

Un jeune néerlandophone du Brabant flamand a été notamment admis à Titeca et un autre néerlandophone est sur la liste d'attente. A Titeca, on ne refuse donc pas les jeunes néerlandophones. Etant donné qu'on n'exploite aujourd'hui qu'un nombre restreint de lits, Titeca prend également en charge des jeunes de la Communauté française.

Dans le protocole d'accord, la répartition des moyens supplémentaires n'est pas liée aux ressorts des cours d'appel ; ces moyens sont répartis par Communauté et par Région. Toutefois, nous considérons les circuits de soins légaux pour la jeunesse comme dépassant les frontières provinciales. Le Conseil national des établissements hospitaliers préconise lui aussi de lier ces circuits aux ressorts des cours.

Fin 2006, nous avons informé tous les services K flamands au sujet du développement d'un trajet de soins en psychiatrie légale pour enfants et jeunes gens. Concernant l'attribution des moyens, j'ai convenu lors de la conférence interministérielle Santé publique de consulter les acteurs par le biais de plate-formes de concertation. Une réunion de concertation se tiendra aujourd'hui, de commun accord avec le cabinet de Mme Vervotte, avec les plate-formes d'Anvers, du Limbourg et du Brabant flamand.

L'expertise et la masse critique revêtent une grande importance dans le cadre de l'octroi de moyens nouveaux. Huit lits constituent en effet la capacité minimale pour qu'une unité puisse fonctionner correctement. Je ne puis pas encore fournir de réponse concrète à la dernière question de M. Bex, car beaucoup dépendra du résultat des discussions avec les plate-formes de concertation.

J'invite M. Muls à interroger les ministres communautaires compétents sur les raisons pour lesquelles les projets pilotes n'ont pas encore démarré du côté francophone.

Je n'ai jamais affirmé que la concertation était impossible avec le Brabant flamand. Je me suis déjà référé à la réunion d'information qui s'est tenue fin 2006 et sur l'engagement qui a été pris de consulter les plate-formes de concertation. Je n'ai pas davantage affirmé qu'il est prévu de centraliser les mineurs du Brabant flamand dans l'institution bruxelloise. Le Brabant flamand ressortissant à la Cour d'appel de Bruxelles, il n'est

toutefois pas impensable qu'ils soient placés – par exemple – dans l'institution Titeca. Ils peuvent aussi être placés dans les unités de traitements intensifs d'Anvers et de Geel mais la décision ne m'appartient pas. Je veille quant à moi à ce que le jeune reçoive les soins les plus appropriés.

Le plan fédéral prévoira les places supplémentaires nécessaires. L'objectif est d'élaborer un trajet de soins en collaboration avec les différents acteurs de terrain. Il y aura 44 lits supplémentaires pour les traitements intensifs, 33 lits K ainsi qu'une fonction de liaison et une équipe d'outreachment par juridiction. Il ne s'agit donc pas uniquement de lits.

Le 19 février 2007, un accord a été conclu avec tous les ministres compétents sur la répartition des moyens supplémentaires entre les Communautés et les Régions. D'autres décisions seront également prises au niveau des plates-formes de concertation dans les prochaines semaines. L'expertise et l'importance d'une masse critique pour ce groupe cible jouent un rôle important dans l'attribution des moyens supplémentaires.

Plusieurs éléments influenceront le glissement au niveau de la demande d'accueil des jeunes néerlandophones, notamment la création de places supplémentaires et le nombre de jeunes qui sera envoyé par les cours d'appel. Aujourd'hui, nous ne disposons pas encore de suffisamment d'éléments pour réellement nous prononcer sur ce point.

L'établissement Titeca n'applique aucun critère exclusif en matière de langue et accepte aussi les jeunes néerlandophones. Un psychiatre néerlandophone a d'ailleurs été engagé. Le SPF Santé publique a toujours accordé une grande attention au suivi des critères d'exclusion. L'évolution de l'équipe de personnel et le nombre de jeunes néerlandophones font également l'objet d'un suivi attentif.

13.04 Stijn Bex (sp.a-spirit) : Je ne conteste pas que l'accueil au centre Titeca répond aux normes de qualité les plus élevées et que les critères d'inclusion et d'exclusion sont respectés. Je regrette que le ministre affirme simplement que les jeunes flamands ne sont pas refusés. Il ne manquerait plus que cela. La question est de savoir s'ils bénéficient d'un soutien efficace. La réponse à cette question n'est pas vraiment claire.

13.05 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Un psychiatre néerlandophone est présent.

13.06 Stijn Bex (sp.a-spirit) : Je poserai une question écrite de manière à avoir un meilleur aperçu du nombre de jeunes envoyés dans les différents établissements par les cours d'appel.

Une concertation a eu lieu le 13 mars dernier avec les responsables du Brabant flamand. J'en retiens que la masse critique des lits est de huit et qu'aucune décision définitive n'a encore été prise en ce qui concerne la répartition des lits. J'espère qu'il sera tenu compte dans ce cadre des besoins du Brabant flamand. Des lits supplémentaires pour le Brabant flamand permettraient de soulager l'établissement bruxellois.

13.07 Walter Muls (sp.a-spirit) : Je ne doute pas de l'expertise de Titeca. De nombreuses personnes sont internées dans cet établissement, si elles en ont elles-mêmes les moyens.

Il s'agit d'une très grande institution, qui ne compte qu'un seul psychiatre néerlandophone. C'est très peu et je suis inquiète pour les jeunes qui sont vulnérables, vivent une situation précaire et ne sont en outre pas accueillis dans leur propre langue. Il existe également des tribunaux de la jeunesse à Louvain et à Bruxelles qui doivent être en mesure de placer les jeunes dans des centres proches de leur famille.

L'incident est clos.

14 Questions jointes de

- **Mme Greta D'hondt** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut des nouveaux médecins généralistes en formation professionnelle (HIBO)" (n° 14268)
- **Mme Hilde Dierickx** au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut social du HIBO (médecin généraliste en formation professionnelle)" (n° 14561)

14.01 Greta D'hondt (CD&V) : Nous sommes déjà confrontés à une pénurie importante de généralistes et

selon la *Vlaamse Huisartsenvereniging*, la situation ne cessera de s'aggraver. Cette pénurie est due en grande partie à l'absence de filet social lors d'études de longue durée. Les médecins en formation ressortissent au statut d'indépendant mais travaillent en réalité en tant que salariés. Ainsi, le contrat de travail peut par exemple être résilié lorsqu'un médecin généraliste en formation est malade deux mois d'affilée. Les médecins concernés peuvent bien sûr conclure une assurance mais celle-ci doit être payée à l'aide d'un salaire brut de 2.059 euros.

La profession est par ailleurs bien trop exigeante que pour encore permettre une activité d'appoint.

Le ministre avait en réalité prévu deux millions d'euros pour l'amélioration du statut des médecins généralistes en formation mais à présent, le nouveau statut est une nouvelle fois reporté à l'année académique 2008-2009 et il s'avère que l'augmentation salariale annoncée de 400 euros ne s'élève qu'à 160 euros. J'espère que le ministre me contredira.

14.02 Hilde Dierickx (VLD) : De moins en moins de médecins optent pour la médecine générale. En 1999, 209 médecins généralistes avaient achevé leurs études. En 2006, 96 étudiants seulement ont entamé la formation. La profession n'est pas très attrayante en raison des heures irrégulières et de la faible rémunération. Le ministre a dès lors notamment décidé de créer un fonds d'impulsion pour les médecins généralistes débutants.

Le traitement des médecins généralistes en formation professionnelle (MGFP) est honteusement faible. Les médecins spécialistes en formation sont des salariés alors que les médecins généralistes en formation sont en fait des faux indépendants. Les médecins généralistes en formation perçoivent un traitement d'environ 2000 euros par mois.

Alors qu'initialement, une augmentation de traitement de 400 euros avait été annoncée, il est à présent question d'une augmentation qui se situerait entre 160 et 400 euros. Il s'agit selon le ministre d'un régime provisoire. Quand les médecins concernés bénéficieront-ils d'un régime définitif qui soit socialement acceptable ? Le maître de stage pourrait-il également intervenir comme employeur, de manière à ce que les médecins généralistes en formation ne soient plus obligés de travailler comme indépendants ?

14.03 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Il y a actuellement pénurie de médecins généralistes. La pénurie est plus grave dans certaines régions que dans d'autres. Cinq années après leur agrément, 30% des médecins généralistes ne sont plus établis en tant que tels. Il convient donc de rendre la profession plus attrayante et d'améliorer les conditions de travail. C'est la raison de la création d'un fonds d'impulsion destiné à encourager l'installation de nouveaux médecins généralistes.

En outre, l'augmentation du montant du remboursement des honoraires du spécialiste lorsque le patient lui a été envoyé par un généraliste devrait également resituer la profession au centre du système des soins de santé. Un fonds d'impulsion visant à soutenir les pratiques collectives est en préparation. Par ailleurs, en avril ou en mai, une campagne fera la promotion du dossier médical global.

Le choix de la médecine générale à la fin des études constitue un des aspects du problème. Dans certaines régions, à l'inverse d'autres, les conditions de travail et de revenus des HIBO sont très peu favorables. L'ICHO (*Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding*) propose d'aligner le statut des HIBO sur celui des candidats spécialistes et de mieux encadrer le stage. Une telle initiative permettrait d'éviter la surenchère financière entre les places de stage.

Aucune décision n'a encore été prise. Une ASBL francophone et une ASBL néerlandophone seraient créées pour s'acquitter des tâches de l'ICHO et employer les HIBO. La rémunération serait fonction des conditions de travail et des prestations fournies. Les ASBL seraient financées par l'INAMI ainsi que par les contributions des maîtres de stage.

Le lien financier entre le maître de stage et le médecin généraliste en formation devient dès lors inexistant. On examine si les régions à faible densité médicale peuvent bénéficier de subsides supplémentaires.

En raison de la concertation avec les intéressés, de l'adaptation des arrêtés royaux et de la budgétisation,

toutes ces mesures ne pourront probablement être appliquées qu'aux étudiants qui commenceront une formation professionnelle en médecine générale en juillet 2008. La demande d'une modification du statut est moins forte du côté francophone, car la rémunération des médecins généralistes en formation y est plus élevée que celle de leurs collègues flamands.

Afin d'améliorer malgré tout les conditions de travail des médecins généralistes en formation dans les meilleurs délais, l'INAMI augmentera le montant des interventions financières de 10.000 à 12.000 euros à partir de cette année. Peu après, le Centre universitaire pour la formation des médecins généralistes (ICHO) a rédigé un contrat qui a été résilié presque immédiatement parce qu'il ne satisfaisait pas les médecins généralistes en formation. Le contrat-type modifié de l'ICHO propose la conclusion d'engagements financiers entre le maître de stage et son assistant. Étant donné que l'INAMI ne rembourse que la moitié des interventions, les maîtres de stage devront décider s'ils consentiront également un effort pour augmenter le montant de la rémunération des médecins généralistes en formation.

14.04 Greta D'hondt (CD&V) : Je ne comprends pas tout à fait la réponse. Il est proposé, d'une part, de créer des ASBL qui rémunéreront les MGFP, ce qui permettra de rompre le lien financier entre le maître de stage et le MGFP et d'assurer partout une rémunération identique aux MGFP, ce qui constitue une bonne chose.

Mais il s'avère ensuite qu'aucune solution n'a encore été trouvée et que la rémunération sera donc encore payée par l'INAMI. Le maître de stage devra également participer à l'effort mais aucune certitude n'existe encore à ce sujet. En fait, nous continuons à faire du sur-place. Le statut actuel des MGFP n'est en fait pas un statut mais presque une forme d'exploitation. Nous devons changer cette situation au plus vite si nous souhaitons préserver l'attrait de la profession. En l'absence d'un accord, le gouvernement devrait lui-même régler la question. Je suis personnellement déçue mais les MGFP le seront encore bien davantage.

14.05 Hilde Dierickx (VLD) : La cotisation INAMI sera bien revue à la hausse, mais le maître de stage sera libre de déterminer le montant qu'il payera à l'HIBO. Le montant de la rémunération ne pourrait-il être déterminé en fonction des prestations effectuées ? Par ailleurs, le maître de stage ne serait en définitive pas l'employeur de l'HIBO, comme c'est le cas pour les spécialistes en formation.

14.06 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Précisons qu'il s'agit d'une contre-proposition des médecins eux-mêmes. Personnellement, je souhaiterais aller plus loin encore, mais je tiendrai aussi compte de la proposition de l'ICHO (Centre universitaire pour la formation des généralistes). J'espère par ailleurs que l'on pourra encore avancer dans ce dossier mais, en attendant, cette proposition me paraît acceptable.

14.07 Greta D'hondt (CD&V) : Je ne pense pas qu'elle le soit pour les HIBO. J'estime moi aussi que la concertation est importante, mais il y a des limites. En l'espèce, on demande aux maîtres de stage combien ils sont prêts à verser aux HIBO, ce qui me paraît excessif. Les prestations des HIBO génèrent des recettes non négligeables pour le maître de stage. Ils ont droit à un statut correct.

L'incident est clos.

15 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'application de l'accord relatif aux soins de santé aux hospitaliers" (n° 14269)

15.01 Mark Verhaegen (CD&V) : Les hospitaliers ont, il y a plusieurs années, obtenu leur brevet dans une branche qui n'existe plus aujourd'hui.

L'accord relatif aux soins de santé prévoit que les infirmiers peuvent choisir entre une prime ou une réduction de leurs jours de travail : les jours de RTT. Les soignants ne peuvent pas choisir et doivent se contenter des jours de RTT. De nombreux hospitaliers ont la conviction d'être des infirmiers et assument d'ailleurs les tâches d'infirmiers mais s'ils sollicitent la prime, on leur répond qu'ils ne peuvent y prétendre.

Quel est finalement le statut des hospitaliers ? S'ils sont considérés comme du personnel soignant, peuvent-ils dans ce cas se voir confier les tâches d'infirmiers A1 ou A2 ?

15.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Les hospitaliers ne sont ni des infirmiers, ni des soignants. Conformément à l'arrêté royal n° 78, un hospitalier peut, sous sa propre responsabilité, accomplir des

prestations techniques de l'art infirmier telles que définies à l'arrêté royal du 18 juin 1990.

15.03 Mark Verhaegen (CD&V) : En fait, ils sont donc assimilés aux soignants et ne peuvent opter pour la prime. J'avais espéré qu'ils pourraient disposer de ce droit.

L'incident est clos.

16 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test de sommeil pour les chauffeurs d'autocar et de camion" (n° 14270)

16.01 Mark Verhaegen (CD&V) : L'assoupissement du chauffeur est sans la cause de l'accident impliquant un autocar de tourisme qui s'est produit fin janvier à Würzburg. Des médecins préconisent aujourd'hui un test de sommeil obligatoire pour les conducteurs de bus et de camions. Que faut-il en penser ? Les tests sont-ils fiables ?

16.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : L'arrêté royal du 23 mars 1998 dispose que les médecins qui en sont chargés doivent procéder à l'examen pour certains types de permis de conduire, conformément aux normes médicales figurant en annexe à l'arrêté royal. L'arrêté royal et l'annexe relèvent de la compétence du ministre de la Santé publique. L'annexe stipule que les personnes qui souffrent de somnolence pathologique due à une apnée du sommeil ne sont pas aptes à conduire un véhicule.

Il n'existe pas de consensus scientifique formel pour recommander une polysomnographie systématique en l'absence de facteurs de risque graves. Il appartient au médecin du travail de trancher. Une réunion scientifique sur le sujet se tiendra en octobre 2007 et des recommandations y seront formulées.

En vertu d'une directive européenne, les États membres sont tenus d'imposer une formation pour les conducteurs et les médecins du travail pour la fin 2009.

16.03 Mark Verhaegen (CD&V) : Il faudra encore quelque temps avant que les tests ne soient disponibles.

L'incident est clos.

17 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'attribution de l'hadronthérapie au CEN" (n° 14274)

17.01 Mark Verhaegen (CD&V) : L'hadronthérapie ou ionothérapie est une toute nouvelle forme de radiothérapie qui permet une irradiation beaucoup plus précise des tumeurs que la radiothérapie traditionnelle. Les experts estiment qu'il faut un centre de ce type par 8 millions d'habitants. Il est important que nous arrivions à installer un centre de ce type dans notre pays car dans la négative, les patients devront se rendre dans des centres à l'étranger.

Un consortium de chercheurs des plus éminentes universités belges et du CEN de Mol soutient ce projet. A la fin de cette année, une fondation et un businessplan devraient être prêts. Ce centre devrait ouvrir ses portes en 2010-2012. Aussi bien les frais d'investissement que la superficie nécessaire sont dix fois supérieurs à ceux d'un centre de radiothérapie classique. L'endroit où sera installé ce site n'a pas encore été déterminé mais le CEN dispose du savoir-faire et de la superficie au sol nécessaires.

Le ministre est-il au courant de ces projets et est-il prêt à y apporter son entière collaboration ? Le ministre est-il d'accord avec le point de vue selon lequel ce site doit être installé à proximité du centre de gravité de la recherche concernée, à savoir la recherche nucléaire ?

17.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : L'hadronthérapie est une nouvelle évolution en radiothérapie. Cette technique n'est encore actuellement disponible qu'à l'étranger. En Europe, huit centres de ce type ont été installés. On estime qu'il faut environ un centre par 10 millions d'habitants, ce qui correspondrait à un centre pour la Belgique.

L'Inami a chargé un expert d'étudier les besoins et la faisabilité de la création d'un centre de ce type.

En ce qui concerne le lieu d'installation de ce centre, j'estime que ce traitement devrait être proposé dans un service de radiothérapie d'un hôpital.

17.03 Mark Verhaegen (CD&V) : La Belgique ne peut pas rater ce train. Etant donné qu'il s'agit d'une application nucléaire, le CEN m'apparaît clairement comme l'endroit le plus approprié pour l'installation d'un centre de recherche et de traitement de ce type.

L'incident est clos.

18 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le label pour la parapharmacie" (n° 14285)

18.01 Colette Burgeon (PS) : Les produits de parapharmacie, représentent 23,5 % du marché, part qui a crû de 5 % en 2006. Pourtant 70 % des patients, selon une enquête du CRIOC, sont sceptiques ou pensent que les producteurs mentent.

L'Association pharmaceutique belge (APB) déplore l'insuffisance des contrôles et a décidé de décerner un label de qualité que les produits de parapharmacie, pourvu qu'ils soient conformes à la législation, ne pourront obtenir qu'après instruction d'un dossier par la Commission du label, contenant la formule du produit les recommandations d'usage.

Ce label est-il une garantie de qualité absolue ? L'APB n'est-elle pas juge et partie ?

18.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) Aux termes de la réglementation en vigueur, les compléments alimentaires doivent faire l'objet d'une notification auprès du SPF Santé publique avant d'être mis sur le marché. Après analyse du dossier, qui contient entre autres la liste des ingrédients ainsi qu'une analyse de toxicité et de stabilité, le SPF envoie un numéro de notification et des remarques éventuelles. En cas d'infraction grave, le numéro de notification n'est pas attribué.

La réglementation interdit de faire référence sans preuve à un effet d'une denrée alimentaire sur la santé ou le métabolisme. De plus, un règlement européen prévoit la confection de listes d'allégations de santé établies après avis scientifique de l'autorité européenne de sécurité des aliments

Étant donné que la majorité des éléments qui sont évalués par l'APB le sont déjà par les autorités, le nouveau label n'apporte aucune plus-value pour la conformité des produits avec la législation. Mon administration évalue si le logo de ce label n'induit pas la confusion avec les médicaments. La question de savoir si l'APB n'est pas juge et partie est pertinente, le consommateur risquant de penser que les produits revêtus du label sont de meilleure qualité, ce qui n'est pas forcément le cas.

L'incident est clos.

19 Question de M. Koen Bultinck au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "de nouveaux abus dans le secteur de la biologie clinique" (n° 14295)

19.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Durant cette législature, des tentatives ont été faites par le biais de projets de loi pour freiner la publicité pour les médicaments. Les problèmes refont actuellement surface.

L'Europe nous oblige à revoir notre réglementation relative aux laboratoires cliniques et à élargir la possibilité d'exploiter ces laboratoires. Selon des médecins et des exploitants, cette modification pourrait générer de nouveaux problèmes. Dans un courrier adressé aux laboratoires, la Commission de biologie clinique exprime ses plus vives réserves à l'égard de cette évolution et met en garde contre de nouveaux abus. Plusieurs laboratoires ne se tiennent en effet pas strictement aux règles en vigueur.

Comment le ministre réagit-il à la recrudescence des abus auxquels nous avons précisément tenté de mettre fin ? Prend-on des mesures ? A-t-on déjà retiré des agréments ?

19.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : En 2006, j'ai suspendu l'agrément de plusieurs laboratoires de biologie clinique parce qu'ils avaient accepté des avantages en nature, à savoir du matériel informatique. Il s'agit du seul dossier dans le cadre duquel des constats concrets ont été faits.

Étant donné les rumeurs qui circulent dans le secteur, la Commission de biologie clinique a envoyé à tous les laboratoires une lettre décrivant les pratiques en cours et les conséquences qu'elles pouvaient entraîner. La fourniture d'avantages matériels ainsi que le fait d'exercer une pression pour obtenir ces avantages constituent des pratiques inacceptables. Ces dispositions sont spécifiées dans la loi du 24 mai 2005.

Les laboratoires qui ne respectent pas la réglementation, risquent non seulement une suspension ou un retrait de leur agrément, mais sont également passibles de sanctions correctionnelles pénales.

La loi du 24 mai 2005 prévoit également le principe de la perception centrale des honoraires au niveau du directeur du laboratoire. Les honoraires seront répartis de manière transparente sur la base d'une convention conclue entre les spécialistes, le directeur et l'exploitant. Ce système permettra de détecter plus facilement les abus. En cas de fraude, des sanctions seront prises.

19.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Je me réjouis de constater que jusqu'à présent, un seul cas de fraude a été détecté. La lettre de la Commission de biologie clinique semble surtout avoir un but préventif. J'en conclus que l'on maîtrise assez bien la situation.

L'incident est clos.

20 Question de M. Mark Verhaegen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude relative au SARM dans le secteur porcin belge" (n° 14334)

20.01 Mark Verhaegen (CD&V) : Après l'émoi suscité par une étude réalisée aux Pays-Bas, il serait question de mener une étude visant à vérifier la prévalence des porteurs de SARM dans le secteur porcin en Belgique. Le cas échéant, lorsqu'un éleveur porcin ou un membre de sa famille est hospitalisé, il devrait être soumis à un dépistage en raison du risque d'infection au SARM. Il existe pour ce faire un test ADN rapide qu'il devrait être possible de mettre en œuvre à plus grande échelle.

Le ministre suivra-t-il la proposition de la plate-forme fédérale pour l'hygiène hospitalière ? Quand les résultats de l'étude dans le secteur porcin seront-ils connus ? Qui sera précisément concerné par cette étude ? Le ministre songe-t-il à un dépistage systématique de toutes les personnes admises à l'hôpital ? Combien cette étude coûtera-t-elle et quel plan de financement sera mis en œuvre ? Comment le ministre compte-t-il maintenir la confiance du consommateur dans la viande de porc ?

20.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Un petit groupe de travail, composé de toute une série de personnes concernées, a élaboré un protocole d'étude. J'ai reçu la proposition définitive fin février et j'ai l'intention de la suivre. Les résultats préliminaires devraient être disponibles pour le 30 juin, et les résultats définitifs pour la mi-juillet.

L'étude examinera la prévalence des porteurs de SARM parmi les éleveurs de porcs, leurs collaborateurs et les membres de leur famille, ainsi que parmi les porcs eux-mêmes. Un échantillon de cinquante entreprises du secteur porcin sera constitué. Dans chacune de ces entreprises, toutes les catégories de personnes citées seront soumises à un test, de même que trente porcs.

La plupart des hôpitaux belges effectuent déjà un dépistage systématique du SARM lors de l'admission des patients à risques. La question cruciale est de savoir si les éleveurs de porcs doivent être ajoutés à la liste de personnes à risques. Soumettre tout le monde au dépistage n'est pas faisable.

J'ai prévu 150 000 euros pour cette étude, tandis que le secteur lui-même apporte une contribution substantielle de 100 000 euros.

Chaque fois que j'en aurai l'occasion, j'insisterai sur le fait que la viande de porc reste propre à la consommation et que les porcs eux-mêmes sont exempts de SARM.

20.03 Mark Verhaegen (CD&V) : La plupart des hôpitaux soumettent dès maintenant les patients à risque à un screening, mais celui-ci devrait être généralisé. La bactérie nosocomiale est en effet responsable de plusieurs milliers de décès par an.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 37.

De vergadering wordt geopend om 14.27 uur en voorgezeten door mevrouw Colette Burgeon.

01 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoeringsmaatregelen van de wet van 4 mei 2006 tot wijziging van de wet betreffende het wegnemen en transplanteren van organen" (nr. 14111)

01.01 Josée Lejeune (MR): Het tekort aan organen vormt het grootste beletsel voor transplantatie. In het verlengde van een colloquium over dit onderwerp, werd op 4 mei 2006 een wetsvoorstel aangenomen dat voorziet in een automatische vernietiging van het verzet en de instemming met het wegnemen van organen wanneer kinderen de leeftijd van achttien jaar bereiken.

Die wet is echter nog steeds niet in werking getreden, omdat de nodige uitvoeringsbesluiten ontbreken. Bent u van plan die koninklijke besluiten uit te vaardigen?

01.02 Minister Rudy Demotte (*Frans*): De wet gaat uit van het vermoeden van instemming met orgaandonatie. Iedere persoon die ingeschreven is in het bevolkingsregister of die sinds ten minste zes maanden is ingeschreven in het vreemdelingenregister wordt verondersteld na zijn dood in te stemmen met orgaandonatie. De wet omvat een aantal bepalingen met betrekking tot het aantekenen van verzet tegen het wegnemen van organen. Een daarvan machtigt de Koning te bepalen op welke wijze verzet moet worden aangetekend.

Het koninklijk besluit van 30 oktober 1986 voorziet in een mogelijkheid voor de burger om zich spontaan kandidaat te stellen voor een orgaandonatie na zijn overlijden. Het koninklijk besluit gaat dus verder dan de wet van 13 juni 1986. Om dat juridisch vacuüm op te vullen werd in de eenparig aangenomen wet van 21 december 2006 de koning de machtiging verleend om te regelen hoe iemand uitdrukkelijk zijn voornemen om orgaandonor te zijn te kennen kan geven. Op grond van die nieuwe wettelijke bepaling en na de bekendmaking ervan zullen we de koninklijke besluiten kunnen opstellen die nodig zijn voor de inwerkingtreding van de wet van 14 juni 1986.

01.03 Josée Lejeune (MR): U heeft al mijn vragen beantwoord.

01.04 Minister Rudy Demotte (*Frans*): In de wet is een bepaling opgenomen om zowel het verzet als de verklaring mogelijk te maken.

Het incident is gesloten.

02 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Trees Pieters aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van het Voedselagentschap" (nr. 14067)

- de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het deficit bij het FAVV" (nr. 14273)

02.01 Mark Verhaegen (CD&V): Omdat mevrouw Pieters niet aanwezig kon zijn, heb ik onze vragen gebundeld.

Alle bedrijven uit de voedselkolom moeten sinds 1 januari 2006 een financieringsheffing betalen volgens een nieuw berekeningssysteem. Bedrijven melden me dat ze negen tot vijftig keer meer moeten betalen.

De sector werkt intussen aan een eigen procedure, zodat het Federaal Agentschap voor de Veiligheid van de Voedselketen (FAVV) kan evolueren naar een controlerende instantie, die heel wat minder middelen nodig

zal hebben. De implementatie van dit systeem zal de bedrijven trouwens heel wat geld kosten.

Door een misrekening van het FAVV zou vorig jaar maar 21 miljoen euro aan heffingen zijn betaald, in plaats van de begrote 35 miljoen. De mensen uit de voedselkolom vrezen dat zij weer zullen opdraaien voor dit deficit.

Is de minister op de hoogte van dit deficit? Wat zijn hiervan de oorzaken? Zal dit een effect hebben op de heffingen van het FAVV? Kan de minister zeggen welke heffingen en retributies de sector precies zal moeten betalen de komende jaren? Is hij bereid een benchmarkingstudie te laten uitvoeren om de werking van het FAVV te vergelijken met de openbare dienstverlening in onze buurlanden? Wanneer zou deze studie kunnen gebeuren?

02.02 Minister **Rudy Demotte** (Nederlands): De ontvangsten voor de FAVV-begroting 2006 zijn inderdaad lager dan verwacht. Op 1 januari 2006 trad immers een nieuw financieringssysteem in werking: elke operateur moet een bijkomende jaarlijkse heffing betalen. De operatoredatabanken van de verschillende diensten waaruit het FAVV is samengesteld, blijken echter minder betrouwbaar te zijn, wat heeft geleid tot de moeilijkheden bij het innen.

Van de oorspronkelijk vooropgestelde 180.000 operatoren in de voedselketen, zijn er 136.000 die niet aan deze verplichting hebben voldaan. Het agentschap probeert nu via andere gegevensbanken de operatoren op te sporen die niet geregistreerd zijn bij het FAVV en dus hun bijdrage voor 2006 niet betaald hebben. Deze inhaaloperatie wordt afgerond einde maart. Bovendien werden een aantal op de begroting van 2006 ingeschreven uitgaven niet gedaan, om het deficit over dat jaar te beperken. Einde maart zullen we de definitieve cijfers hebben en kunnen we het reële deficit voor 2006 berekenen.

Het was van meet af aan de bedoeling om het nieuwe systeem na één jaar te evalueren. De besprekingen in de werkgroep Financiering van het FAVV zijn in februari opgestart. Ik kan niet vooruit lopen op de conclusies, maar een aanpassing van de KB's inzake de retributies en heffingen behoort tot de mogelijkheden.

Het strategisch plan van het agentschap, dat men op de website kan vinden, geeft al een aanduiding van de personeelsevolutie als gevolg van de toepassing van de zelfcontrole door de bedrijven. Het doel is de bedrijven te responsabiliseren inzake voedselveiligheid, zodat de inspectiediensten zich kunnen concentreren op de probleembedrijven.

Laat het echter duidelijk zijn dat het agentschap geen enkele taak uit handen geeft: zijn missie blijft het algemene toezicht verzekeren over de voedselketen en instaan voor erkenningsaanvragen, keuringen in slachthuizen, exportcertificaten, audits, enzovoort. De activiteiten ten voordele van de operatoren worden gefinancierd door retributies, volgens het principe dat de aanvrager betaalt.

Een topexpert van de FOD Financiën maakt momenteel een vergelijkende studie tussen België en andere Europese landen over de organisatie van het voedselagentschap en de controlekosten. De voorlopige resultaten wijzen op een hoger aandeel van de bijdragen van de sector ten opzichte van de overheidsdotatie in vergelijking met de ons omringende landen. De studie is evenwel nog verre van voltooid.

02.03 **Mark Verhaegen** (CD&V): De niet-betalers vatten moet een prioriteit zijn, want anders worden de goede leerlingen nog extra gestraft.

Groothandelaars in algemene voeding hebben hun factuur veel en veel duurder zien worden ten opzichte van 2005. Vandaar dat ik heb aangedrongen op een meerjarenplan, zodat de ondernemingen kunnen plannen op middellange en lange termijn. Door de zelfcontrole kunnen de heffingen ook dalen.

Het incident is gesloten.

03 **Vraag van mevrouw Dominique Tilmans aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de multidisciplinaire begeleiding van kinderen met een hersenletsel" (nr. 14131)**

03.01 Dominique Tilmans (MR): Het doel van Centre Éclaire van Saint-Ode is kinderen met hersenletsels multidisciplinair op te vangen. Het centrum biedt een zeer volledig dienstenpalet aan zowel inzake gespecialiseerde medische raadpleging als inzake begeleiding. Het biedt hoogstaande therapeutische mogelijkheden en het is het enige centrum dat deze diensten aanbiedt in de provincie Luxemburg. Het verkeert nu wel in een precaire financiële situatie vermits het geen enkele financiering geniet buiten de RIZIV-nomenclatuur. Er wordt dus met ongeduld gewacht op zijn erkenning als centrum voor functionele revalidatie, des te meer daar het het eerste zou zijn in de provincie Luxemburg.

Evolueert dit dossier in de goede richting? Is het moratorium op deze centra nog altijd van kracht? Zo ja, kan eraan worden gedacht dit moratorium op te heffen? Denkt u aan bijzondere maatregelen voor de kinderen die zo'n begeleiding nodig hebben?

03.02 Minister Rudy Demotte (Frans): In het kader van de ziekteverzekering kan de normale medische zorg voor kinderen met hersenletsels worden verstrekt binnen de nomenclatuur van de gezondheidszorg. Bovendien kunnen deze patiënten, indien nodig, worden behandeld in verscheidene soorten instellingen voor functionele revalidatie.

Op drie uitzonderingen na worden in deze instellingen echter ook andere pathologieën behandeld. Het RIZIV sluit geen overeenkomst meer met de instellingen voor functionele revalidatie voor kinderen met hersenletsels met uitzondering van vijf referentiecentra voor hersenverlamden (CP-referentiecentra) die in 2004 werden opgericht. Toch is het niet de bedoeling dat deze referentiecentra het volledige revalidatieprogramma van de patiënten van de CP-referentiecentra op zich nemen.

Gezien de bestaande programmering en de specialisatiegraad die van deze centra wordt vereist, kan Éclaire niet als een referentiecentrum worden beschouwd.

Het afsluiten van een andere Riziv-overeenkomst inzake kinderen met hersenbeschadiging is evenmin mogelijk.

Dankzij de hervorming van de neurologische en locomotorische revalidatie zal de provincie Luxemburg tegen 2008 over een gespecialiseerde instelling voor functionele revalidatie kunnen beschikken.

Bovendien wil ik erop wijzen dat voor de Gemeenschappen een bijzondere rol is weggelegd. Veel kinderen met hersenbeschadiging gaan immers naar een medisch-pedagogisch instituut of een speciale school.

03.03 Dominique Tilmans (MR): Elke provincie zou een erkend centrum moeten hebben. De specialisten van Sainte-Ode verrichten opmerkelijk werk. Het is onaanvaardbaar dat zo'n centrum door de herstructurering van de Luxemburgse ziekenhuizen met sluiting wordt bedreigd.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van de heer François-Xavier de Donnea aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de DNA-tests die als 'kit' op het internet beschikbaar zijn" (nr. 14144)

04.01 François-Xavier de Donnea (MR): Het Comité voor bio-ethiek heeft een zeer negatief advies geformuleerd over de DNA-analysekits die vaak door buitenlandse laboratoria op het internet worden aangeboden. Wanneer men ze, na zelf de afnemingen te hebben verricht, terugstuurt, worden de resultaten van de test per post thuisgestuurd. In België handelen de negen officieel erkende laboratoria meestal op aanvraag van Justitie, en psychologische begeleiding wordt gewaarborgd.

Wat denkt u van die praktijken? Welke acties zouden kunnen worden overwogen in het licht van het advies van het Comité voor bio-ethiek?

04.02 Minister Rudy Demotte (Frans): Deze welbekende en op het beginsel van de extraterritorialiteit gebaseerde praktijk, heeft betrekking op alle predictieve genetische tests en is zeer schadelijk, omdat de volledige begeleiding die in ons land verzekerd wordt door de sociale zekerheid en Volksgezondheid ontbreekt.

Het is zeer moeilijk deze praktijken te stoppen. Het wapen waar wij over beschikken, is een gezondheidsstelsel dat hoge prestaties levert en goed gefinancierd is, dat tegen de laagste kost een betere opvang biedt en in het kader waarvan degelijke en volledige ethische regels worden toegepast. Dit geldt voor de negen officieel erkende centra van België.

Het vaderschapsonderzoek ontsnapt evenmin aan die praktijken, al wordt het beperkt door bijzondere wettelijke bepalingen.

04.03 François-Xavier de Donnea (MR): Je kunt je voorstellen dat deze kits in handen komen van kwaadwillende individuen met de bedoeling schade te berokkenen of anderen te chanteren. Ik ben me ervan bewust dat het moeilijk is om het internet te blokkeren.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "primaire immuundeficiënties" (nr. 14146)

05.01 Yolande Avontroodt (VLD): In juni 2006 organiseerde de Europese Commissie een consensusconferentie over primaire immuundeficiënties. Wordt op dat vlak een late, foute of geen diagnose gesteld, dan kunnen de stoornissen leiden tot een chronische ziekte, een lichamelijke handicap, arbeidsongeschiktheid of zelfs de dood. Tijdens de conferentie kwam men tot de conclusie dat deze diagnose te weinig gesteld wordt, dat er een gebrek aan voorlichting en informatie is, dat een vroegtijdige diagnose rendabel is en dat er een significante ongelijkheid bestaat inzake de toegang tot zorg. De consensustekst werd goedgekeurd, maar heeft de minister de bijbehorende aanbevelingen al kunnen bestuderen? Wat is zijn actieplan?

05.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Het debat van juni 2006 is me bekend. De Europese Commissie moedigt samenwerking tussen de lidstaten aan om de informatie te verbeteren voor artsen, patiënten en het grote publiek. Ook ik ben bekommerd om de toegankelijkheid tot diagnose en behandeling. Er wordt ook gepleit voor coördinatie van het wetenschappelijk onderzoek. Ik laat de problematiek verder bestuderen alvorens beleidsaanbevelingen te doen. Ik heb mijn administratie om concrete voorstellen gevraagd.

05.03 Yolande Avontroodt (VLD): Ik hoop dat werk wordt gemaakt van aanbevelingen en een rondzendbrief. Patiënten en zorgverstrekkers moeten beter worden geïnformeerd.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voorontwerp van een wettelijke regeling binnen de geestelijke gezondheidszorg" (nr. 14073)

06.01 Luc Goutry (CD&V): Plate-forme, een overkoepeling van een aantal Franstalige organisaties, gaf op 31 januari 2007 een persconferentie over het ontwerp van de minister inzake de wettelijke bescherming van de titel van psychotherapeut. Nogmaals bleek dat er een grote afstand blijft bestaan tussen de opvattingen in Franstalig en Nederlandstalig België. De Franstaligen willen een zeer brede regeling, terwijl de Nederlandstaligen de zaak stringenter benaderen. Het is alleszins niet opportuun om het voorontwerp nog in deze regeerperiode door te drukken. Een opgedrongen regeling is zeker geen oplossing.

Hoe ver staat het met dit ontwerp? Wil de regering het ontwerp nog voor de verkiezingen laten goedkeuren in het Parlement? Is het nodig dat een wettelijke regeling door de meerderheid van de sector in het hele land wordt ondersteund? Wat zal de minister doen om de ver uiteenliggende visies tussen Vlaanderen en Wallonië dichter bij elkaar te brengen?

06.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Het Platform voor Geestelijke Gezondheid is een tweetalige organisatie, geen Franstalige. Ik heb reeds herhaaldelijk gezegd dat ik in dit dossier geen verschil voelde

tussen Vlamingen en Franstaligen, ook niet op de persconferentie.

Het voorontwerp wordt nog steeds besproken binnen de werkgroepen. Ik wil dat het dossier zo snel mogelijk vooruitgaat, vóór de ontbinding van de Kamers. Het is een complex dossier, waarbij men compromissen moet sluiten. Iedereen is het erover eens dat men moet optreden. Er is in deze geen karikaturaal meningsverschil tussen de twee Gemeenschappen.

06.03 Luc Goutry (CD&V): Het is hoogst verwonderlijk dat de minister niet weet dat er een verschil in visie is, want er zijn verschillende wetsvoorstellen. De minister wil de zaak regelen vóór de verkiezingen. Als het debat niet gepaard gaat met hoorzittingen, kunnen de volksvertegenwoordigers moeilijk beslissen over dit moeilijke dossier. Ik roep in het bijzonder de Nederlandstalige commissieleden op om het dossier goed te onderzoeken.

Wanneer wordt het ontwerp hier ingediend? Is het al op de Ministerraad en bij de Raad van State geweest?

06.04 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Neen. Het wordt nu besproken binnen interkabinettenwerkgroepen.

06.05 Luc Goutry (CD&V): Het moet dus nog naar de Ministerraad, de Raad van State en nog vóór de verkiezingen naar het Parlement?

06.06 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Ja, en er moet nog over worden gestemd en het moet nog naar de Senaat.

06.07 Luc Goutry (CD&V): Dat ziet er goed uit.

De **voorzitter**: We hebben nog twee maanden.

Het incident is gesloten.

07 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de administratieve last in het kader van de zachte echelonnering" (nr. 14088)
- de heer Luc Goutry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de harde kritiek op de zachte echelonnering" (nr. 14138)
- mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de misbruiken met de verwijsbrieven inzake zachte echelonnering" (nr. 14151)

07.01 Yolande Avontroodt (VLD): De zachte echelonnering trad in werking op 1 februari 2007. Huisartsen moeten daardoor een nieuw verwijsformulier invullen, wat zij overbodig vinden. Zij vragen naar een alternatieve en gebruiksvriendelijke oplossing.

Men stelt voor dat een verwijzing op het getuigschrift voldoende is, zodat de verhoogde tussenkomst bij de specialist enkel kan worden verkregen na een raadpleging, terwijl de terugbetaling van de raadpleging bij de huisarts vroeger kan worden opgevraagd. De loketbediende van het ziekenfonds moet geen inzage krijgen in de medische gegevens die op de verwijsbrief staan vermeld.

Werd de staatssecretaris voor Administratieve Vereenvoudiging betrokken bij het ontwerpen van de nieuwe regeling? Kan er in samenwerking met de staatssecretaris een vereenvoudigde administratieve procedure worden opgemaakt?

07.02 Luc Goutry (CD&V): De zachte echelonnering, die in werking trad op 1 februari 2007, zorgt ervoor dat patiënten die een specialist consulteren een korting krijgen op het betaalde remgeld. De regeling geldt echter slechts voor zeventien specialismen en één raadpleging per jaar. Enkel patiënten met een globaal medisch dossier kunnen van deze ingewikkelde maatregel genieten. Wij betwijfelen of de regeling de patiënt

inderdaad zal aansporen om eerst de huisarts te raadplegen.

Wij verkiezen een eenvoudige globale regeling, aangezien de ziekteverzekering te ingewikkeld wordt voor patiënten. Ook huisartsen klagen over de bijkomende administratieve rompslomp.

Is de minister er zich van bewust dat het systeem ingewikkeld en onduidelijk is? Zal het responsabiliseringseffect wel bereikt worden als de patiënt de regeling niet kent of begrijpt? Komt er een veralgemening en uitbreiding van het systeem? Komt er een administratieve vereenvoudiging van het systeem?

07.03 **Maggie De Block** (VLD): Ik wil het hebben over een aantal misbruiken in het systeem van de zachte eechelonnering. Specialisten geven soms verwijsbrieven aan hun patiënten, die er dan mee naar hun huisarts gaan om zo toch de voordelige terugbetaling te ontvangen. Ziekenfondsen doen daaraan mee door dergelijke formulieren aan hun verzekerden te bezorgen.

Kent de minister deze misbruiken? Hoe zal hij ze bestrijden? Wat denkt hij van de dubieuze rol van de ziekenfondsen, die er eigenlijk moeten over waken dat de wet correct wordt toegepast?

07.04 Minister **Rudy Demotte** (Nederlands): De zachte echelonnering werd op 1 februari 2007 ingevoerd en toegelicht aan de huisartsen en ze staat uitgelegd op de website van het Riziv. Het doel is om de samenwerking tussen huisarts en specialist te versterken en om de patiënten aan te moedigen eerst de huisarts te raadplegen. De huisarts richt een verwijsbrief aan de specialist en vult ook een verwijsformulier in dat de patiënt aan de specialist laat zien en later aan het ziekenfonds bezorgt.

De vermindering van het remgeld geldt maar voor bepaalde specialisten en ook maar eenmaal per jaar. Bovendien moet de patiënt door de huisarts in kwestie zijn globaal medisch dossier laten beheren.

Dat de ziekenfondsen hun leden inlichten over de nieuwe modaliteiten en ze formulieren bezorgen, is geen probleem. Ziekenfondsen moeten hun verzekerden een keer per jaar de terugbetalingsmodaliteiten per specialiteit uitleggen.

Dit is ook een gelegenheid voor de huisarts om het belang van het globaal medisch dossier te benadrukken. Dit draagt immers bij aan de coherentie in de behandeling van gezondheidsproblemen. De administratieve overlast voor de huisarts is heel gering, omdat het formulier zo eenvoudig is. Bovendien geeft het de huisartsen de meer centrale plaats die ze al jaren vragen.

De huidige beperking van het systeem tot bepaalde specialisten en tot één terugbetaling per jaar is het gevolg van de budgettaire prognose. De evaluatie van de maatregel kan later deze beperkingen eventueel opheffen.

Mijn diensten zullen de overtredingen trachten te detecteren. Het is een praktijk waar een eerlijke huisarts onmogelijk kan aan meedoen.

07.05 **Luc Goutry** (CD&V): Dit systeem van conditionering moet een kans krijgen. Wij zijn wel voor een zo eenvoudig mogelijk administratief systeem. Het systeem wel zo snel mogelijk worden veralgemeend, anders blijft het te complex. Het moet een algemene regel zijn dat wie een globaal medisch dossier heeft en in eerste instantie altijd de eerste lijn raadpleegt, daarvoor wordt beloond.

07.06 **Maggie De Block** (VLD): Het is goed dat de minister misbruik zal laten opsporen. Wij zijn voor een gedifferentieerde terugbetaling. Het is de taak van de ziekenfondsen te informeren, maar het is niet aan hen om te beslissen over doorverwijzingen. Dat is de taak van de huisarts, in samenspraak met de patiënt.

07.07 **Yolande Avontroodt** (VLD): Zal dit systeem samen met de staatssecretaris voor Administratieve Vereenvoudiging worden ontwikkeld?

07.08 Minister **Rudy Demotte** (Nederlands): Ik ben voor een zo eenvoudig mogelijk en tegelijk efficiënt systeem. Als er nog mogelijkheden inzake vereenvoudiging zijn, ben ik bereid ze te implementeren.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verloning van licentiaten kinesitherapie in de rusthuizen" (nr. 14119)

08.01 **Maggie De Block** (VLD): Licentiaten kinesitherapie die in een rusthuis werken, worden betaald als gegradueerde, hoewel men sinds enkele jaren zelfs niet meer kan afstuderen als gegradueerde kinesitherapie.

Het ministerieel besluit van 6 november 2003 bepaalt dat het Riziv de wedde voor kinesisten aan de rusthuizen terugbetaalt, maar dan in de schaal die van toepassing is voor gegradueerden. De rusthuizen moeten het verschil in loon zelf betalen. Vele rusthuizen doen dat niet bij gebrek aan middelen. Kan de terugbetaling niet worden aangepast aan de realiteit?

08.02 Minister **Rudy Demotte** (Nederlands): Ik zal aan het Riziv vragen om een na te gaan hoeveel licentiaten er betaald worden als gegradueerden. Op die manier kunnen wij dan berekenen hoeveel het zou kosten om de licentiaten in een hogere schaal te betalen, zodat wij daar rekening mee kunnen houden bij de opmaak van de budgetten.

08.03 **Maggie De Block** (VLD): Dat is een engagement voor de toekomst.

Het incident is gesloten.

De behandeling van de vragen en de interpellatie wordt geschorst van 15.21 uur tot 15.34. uur.

09 Vraag van de heer Miguel Chevalier aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het toenemende aantal rokers" (nr. 14171)

09.01 **Miguel Chevalier** (VLD): De strijd tegen het roken is een van de meest opvallende elementen in het beleid van de minister. Eerst kwam er het rookverbod in openbare ruimtes en dan in grotere horecazaken waar frieten worden geserveerd. Verder was er een tariefverhoging en werd de verpakking bekleed met afschrikwekkende foto's. Toch stijgt het aantal rokers en wordt hun gedrag creatiever en inventiever. De maatregelen die zijn doorgevoerd, missen dus hun effect.

Hoe staat de minister tegenover deze vaststellingen? Gaat het om steekproeven of om daadwerkelijke onderzoeken? Zou het niet mogelijk zijn dat sommige maatregelen een averechts effect hebben? Hoe reageert de minister op het toenemende gebruik van roltabak? Is er geen nood aan een algemene evaluatie van het rookbeleid van de voorbije jaren? Misschien is er wel nood aan een zachtere aanpak, eerder gericht op sensibilisatie en preventie dan op repressie.

09.02 Minister **Rudy Demotte** (Nederlands): De resultaten van de FOD Economie heb ik met verbazing en scepticisme gelezen, omdat ze in tegenspraak zijn met onder meer de jaarlijkse enquête van de Stichting tegen Kanker. Daar stelt men een stabilisering vast van het aantal dagelijkse rokers, een vermindering van het aantal zware rokers en een stijging van het aantal rokers van roltabak. De stijging van het aantal dagelijkse rokers die door de FOD Economie werd opgetekend, wordt daarenboven veroorzaakt door een onverklaarbare en nooit bevestigde daling van het aantal in 2004.

Het federaal plan ter bestrijding van het tabakgebruik wil het probleem globaal aanpakken. Er is aandacht voor de ontwenning van zwangere vrouwen, de opleiding van artsen, de sensibilisatie voor de gevaren van roken en er komt een groen informatienummer. Verder ben ik steeds een voorstander geweest van een aanzienlijke prijsstijging voor tabaksproducten, maar dat behoort niet tot mijn bevoegdheid.

Uiteindelijk wordt sinds 2005 2 miljoen euro toegekend aan de uitvoering van niet-repressieve projecten. Het Tabaksfonds zorgt voor de samenhang van de acties tegen tabaksgebruik op alle niveaus.

09.03 Miguel Chevalier (VLD): Ook de door de minister gecorrigeerde cijfers zijn verontrustend, want men bereikt blijkbaar niet meer dan een stabilisering van de gewoontokers. De stijging van het aantal zelfrollers wordt bevestigd door de minister. Er is dus duidelijk nood aan een mentaliteitswijziging. Een effectief gezondheidsbeleid moet erop gericht zijn om mensen van het roken af te helpen en mensen te beschermen tegen het gebruik van tabak.

Het incident is gesloten.

10 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de tandzorg" (nr. 14210)

10.01 Muriel Gerkens (ECOLO): Er werd een nieuwe overeenkomst tandartsen-ziekenfondsen voor 2007-2008 afgesloten. Daarin wordt 9 miljoen euro vrijgemaakt voor nieuwe beleidsmaatregelen, zoals de terugbetaling van tandextracties vanaf juni 2007 en van de gebruikelijke verzorging vanaf 2008 voor kinderen jonger dan 15, "als de begroting het toelaat". Jammer genoeg worden de tandextracties niet voor iedereen terugbetaald en dat gebeurt evenmin voor de curatieve tandsteenverwijdering en de tandprothesen. Wanneer de tanden niet goed verzorgd of tijdig getrokken worden, ontstaan er infectiehaarden die ook het kaakbeen ernstig kunnen aantasten, waardoor een herhaalde antibioticabehandeling moet worden voorgeschreven. Ik ben me nog meer voor die problematiek gaan interesseren door de jongste alarmerende enquête van het Instituut voor Volksgezondheid. Uit dat onderzoek blijkt dat 15 procent van de bevolking geen tanden meer heeft en dat 39 procent een volledige of gedeeltelijke prothese draagt. Zowel voor twee kunstgebitten als voor de erelonen voor het trekken van tanden en mondchirurgie moet een hoog remgeld worden betaald. Het is dan ook niet meer dan normaal dat de arme burgers zich zonder terugbetaling een dergelijke behandeling niet kunnen veroorloven. Uit andere studies of ramingen blijkt dat mensen zonder gebit in feite als gehandicapten moeten beschouwd worden.

Heeft u de ondertekenaars van de overeenkomst tandartsen-ziekenfondsen uw voornemen kenbaar gemaakt om de terugbetaling van alle tandextracties en prothesen in die overeenkomst 2007-2008 op te nemen? Zijn er gegevens beschikbaar om te berekenen wat de antibioticabehandelingen van tandinfecties en de nierziekten, hartaandoeningen, spijsverteringsstoringen of beenderziekten die een gevolg zijn van een gebrek aan verzorging, de begroting van de gezondheidszorg kosten?

Moeten wij tot eind 2008 een kruis maken over de terugbetaling van tandextracties, of is er een kans dat men op die bepalingen terugkomt?

Die situatie stuit mij tegen de borst, want een slechte staat van het gebit leidt tot sociale uitsluiting. Bovendien ligt het psychologisch moeilijk om zonder gebit door het leven te gaan. Aangezien tandverzorging niet terugbetaald wordt en voor de betrokkenen onbetaalbaar is, kunnen er bij hen twijfels rijzen over de betrouwbaarheid van ons sociaalezekerheidsstelsel, wat gevolgen kan hebben voor het vertrouwen van de burger in het vermogen van de politici om hen te helpen.

10.02 Minister Rudy Demotte (Frans): Tijdens de vorige zittingsperiode werd een belangrijk verslag over de gezondheid van de tanden in België neergelegd. Het was besteld door mijn voorganger en werd opgesteld door professor Van Steenberghe en de voorzitter van de commissie tandartsen-ziekenfondsen. Sinds 2003 werden vier grote maatregelen met een grote symboolwaarde genomen, waaronder de terugbetaling van de integrale prothese vanaf de leeftijd van 50 jaar, het gratis maken van de tandverzorging voor kinderen jonger dan twaalf jaar en de terugbetaling van het parodontologisch onderzoek.

Het gevolgde beleid beoogde niet uitsluitend die achterstand weg te werken maar was gestoeld op beginselen die door psychologische, medische en sociale doeleinden werden ingegeven. Al zijn nog andere acties vereist, vandaag is er geen enkel land dat zoveel sociale maatregelen op het stuk van de tandheelkunde heeft genomen.

Niets wijst erop dat de tandartsen meer antibiotica voorschrijven. De gezondheidsstudie verschaft daar voldoende epidemiologische informatie over. Men kan reeds aan conclusies denken maar de studie moet van naderbij worden bekeken.

Over de inschakeling van illegalen zijn concretere getuigenissen en aanwijzingen nodig dan degene waarover ik thans beschik. Het ware interessant om samen met de departementen van Justitie en Binnenlandse Zaken dieper op die vraag in te gaan.

Wat het ereloon voor tandextracties betreft, wordt enerzijds gesteld dat extracties en protheses toegankelijker moeten worden gemaakt. Anderzijds betreurt men dat de tarieven voor dergelijke ingrepen zijn gestegen. Volgens mij kunnen alleen correct getarifeerde verstrekkingen de toegankelijkheid ervan waarborgen, met name omdat ze het conventiesysteem aantrekkelijk maken. De verhogingen die op dat vlak werden doorgevoerd, zijn louter inhaaloperaties.

10.03 Muriel Gerkens (ECOLO): Ik erken dat er positieve maatregelen werden genomen. Tandextracties zijn een noodzakelijke ingreep. Vaak zijn ze ook een manier om met die bevolkingsgroep in contact te treden. Die mensen gaan immers pas naar de tandarts als ze te veel pijn hebben.

Het blijft me dus verbazen dat men het niet eens wordt over een algemene terugbetaling van tandextracties. Sommige tandartsen stellen bovendien dat die verstrekking goedkoper kan zijn en dat de derdebetalersregeling niet voor iedereen toegankelijk is.

Het lijkt me dan ook onontbeerlijk dat dieper over deze kwestie wordt nagedacht en dat ze in verband wordt gebracht met andere sociale zekerheidsuitgaven waarop kan worden bespaard, misschien op andere posten dan de tandheelkunde. Ik vind het echt belangrijk dat we die problematiek van naderbij bekijken en een terugbetaling in overweging nemen.

Het incident is gesloten.

11 Samengevoegde vragen van

- de heer Joseph Arens aan de vice-eersteminister en minister van Justitie over "euthanasie bij patiënten die leiden aan een zware onomkeerbare depressie en het ontwerp van koninklijk besluit over de voorafgaande verklaring inzake euthanasie" (nr. 14212)
- de heer Joseph Arens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "euthanasie bij patiënten die leiden aan een zware onomkeerbare depressie en het ontwerp van koninklijk besluit over de voorafgaande verklaring inzake euthanasie" (nr. 14213)

11.01 Joseph Arens (cdH): Ik heb deze vraag ook ingediend in de commissie voor de Justitie, die ze verzonden heeft naar de commissie voor de Volksgezondheid.

In het laatste verslag dat de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie het Parlement overzond, is sprake van vier gevallen van euthanasie bij patiënten met een ernstige en ongeneeslijke depressie. Toen de wet aangenomen werd, waarschuwden we al voor een al te ruim toepassingsgebied ervan.

Bevestigt u dat de zorg voor patiënten die depressief zijn en zelfmoordneigingen hebben beter zou moeten worden?

Bovendien zou de Ministerraad een ontwerp van besluit hebben goedgekeurd over de voorafgaande verklaring inzake euthanasie. Dit ontwerp zou bepalen dat het formulier door de persoon moet worden ingevuld en in de gemeente van zijn verblijfplaats moet worden geregistreerd. De ambtenaar van de burgerlijke stand stuurt vervolgens een advies naar de FOD Volksgezondheid, die dit advies registreert en bewaart in de centrale gegevensbank, die door de geneesheer kan worden geraadpleegd. Is een procedure via de ambtenaar van de burgerlijke stand van de gemeente de meest geschikte methode?

11.02 Minister Rudy Demotte (Frans): De wet betreffende de euthanasie sluit inderdaad de psychiatrische aandoeningen niet uit. Ik denk niet dat haar toepassing de initiatieven die op alle vlakken werden genomen om de problemen van depressie te voorkomen of te behandelen, in gevaar brengt.

In het kader van het federaal plan ter bestrijding van zelfmoord heb ik in drie grote ziekenhuizen een pilootproject opgezet dat als doel heeft de opvang en de begeleiding te verbeteren van personen die een poging hebben ondernomen om zichzelf te doden. Op basis van de resultaten van dit project zullen gidsen worden opgesteld voor de ziekenhuizen en de spoeddiensten.

Het ontwerp van koninklijk besluit waarnaar u verwijst voert de wet betreffende de euthanasie uit die voorziet in de gecentraliseerde bewaring van de voorafgaande verklaringen hetzij via een nationaal register hetzij via de gemeenten. Deze werkwijze lijkt mij coherent voor de burger die op deze manier over een uniek loket beschikt voor alle contacten met de overheid over zijn belangrijkste persoonlijke gegevens.

11.03 Joseph Arens (cdH): Ik zou willen dat de rol van de ambtenaar van de burgerlijke stand wordt verduidelijkt. Moet deze, in tegenstelling tot wat ik in de pers heb gelezen, zijn advies dus niet aan de FOD Volksgezondheid bezorgen?

11.04 Minister Rudy Demotte (Frans): Het antwoord dat de administratie voor mij heeft voorbereid maakt daar geen melding van.

Het incident is gesloten.

12 Samengevoegde vraag en interpellatie van

- de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "mogelijke experimenten met gratis heroïneverstrekking" (nr. 14239)
- de heer Koen Bultinck tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "mogelijke experimenten met gratis heroïneverstrekking" (nr. 1026)

12.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Luik wil in de herfst starten met het verstrekken van heroïne onder medische controle. In de federale drugsnota van 19 januari 2001 stond nochtans duidelijk dat de regering geen experimenten met heroïne wilde opzetten. Waarom verandert de regering nu van koers?

De minister weet dat de publicatie van de KB's met betrekking tot methadon veel voeten in de aarde heeft gehad. Zou het niet veel logischer zijn om de resultaten van de methadonexperimenten af te wachten vooraleer men een stap verder zet? Wanneer komt die evaluatie er? Komt men nu tot de vaststelling dat methadon niet altijd een sluitend antwoord biedt en zijn er wetenschappelijke argumenten om verder te gaan?

In deze problematiek spelen ook internationale instellingen een rol. Op 15 februari bevestigde de minister dat het heroïne-experiment zou moeten genotificeerd worden aan de *International Narcotics Board* in Wenen. Hoe ver staan we nu met die notificatie?

Er zijn contacten geweest met de universiteit van Luik. Wat was het resultaat van die contacten en in welke mate hebben zij bijgedragen tot de beslissing om dergelijke experimenten op te zetten?

Een delegatie van onze commissie is naar Zwitserland getrokken om de situatie daar te bestuderen. Toen enkele leden vroegen naar de wetenschappelijke basis van dergelijke experimenten, moest men daar eigenlijk het antwoord schuldig blijven. Kan de minister zijn visie wel staven met wetenschappelijke rapporten?

De gemiddelde prijs voor de twee controlegroepen zou 22 euro per dag bedragen. Bij een kerngroep gaat het over 45 euro per dag. Nog niet zo lang geleden werd bij programmawet een fonds tegen verslavingen opgericht. Is het de bedoeling dat de heroïne-experimenten uit dit fonds gefinancierd worden?

Ik hoop dat de minister ons meer gegevens kan bezorgen dan wij uit zijn antwoorden in de plenaire vergadering hebben kunnen verzamelen.

12.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Ik vrees dat ik de vraagsteller moet teleurstellen. Ik heb geen toelatingsaanvraag ingediend bij de *International Narcotics Control Board*. Die instelling laat het gebruik van verdovende middelen toe voor medische en wetenschappelijke doeleinden. Het gaat hier over een

proefproject in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Ik zal de INCB wel op de hoogte houden van het verloop van het project. Ik zal ook mededelen welke hoeveelheden diacetylmorfine we moeten invoeren.

Mijn medewerkers hebben nauwe banden met het team in Luik, dat mijn fiat heeft gekregen.

Het fonds tegen verslavingen zal de maatregelen financieren. In de beleidsnota stond dat er geen financiering uit het federale budget zou komen. Nu zijn er nieuwe financieringsbronnen.

12.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Het antwoord bevat bitter weinig nieuwe elementen. Mensen uit de sector – zoals de hulpverleners van De Sleutel – hebben de voorbije dagen het signaal gegeven dat er zware problemen zijn met de crisisopvang van minderjarigen en volwassenen. In die context moeten we ons toch eens afvragen of het opportuun is een nieuw experiment op te zetten, terwijl er nog zoveel ongelenigde noden zijn.

Ik dien een motie van aanbeveling in, omdat ik wil dat de plenaire vergadering van de Kamer zich op dit politiek belangrijke moment over deze kwestie uitspreekt. Ook een aantal VLD-commissieleden heeft immers kritische geluiden laten horen over dit experiment. Met mijn motie wil ik alle fracties dwingen kleur te bekennen.

Moties

Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door de heer Koen Bultinck en luidt als volgt:

"De Kamer,
gehoord de interpellatie van de heer Koen Bultinck
en het antwoord van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
vraagt de regering
geen experimenten met medische verstrekking van heroïne op te starten."

Een eenvoudige motie werd ingediend door de dames Colette Burgeon en Hilde Dierickx.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

13 Samengevoegde vragen van

- de heer **Stijn Bex** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekenning van forensische K-bedden in Vlaams-Brabant" (nr. 14248)
- de heer **Walter Muls** aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvang van Vlaams-Brabantse minderjarigen in Brusselse instellingen" (nr. 14456)

13.01 Stijn Bex (sp.a-spirit): De FOR K- of forensische K-bedden zijn plaatsen waar jongeren onder dwang kunnen worden opgenomen. De minister wil de bestaande proefprojecten extra bedden toekennen. Anders dan in de andere regio's wordt in Vlaams-Brabant aan het werkveld geen ruimte gelaten om zelf te overleggen over de locatie van de extra plaatsen. Dit zorgt voor kritiek.

De extra FOR K-bedden zijn al toegewezen aan het verplegingscentrum Titeca in Brussel. Dit gaat in tegen de opties van de beleidsnota voor de Geestelijke Gezondheidszorg. Op het terrein dreigt de overwegend Franstalige cultuur van dit centrum - dat officieel een bicommunautaire structuur heeft - de opvang van Vlaamse jongeren uit Vlaams-Brabant te bemoeilijken. Die instelling staat in de praktijk ook in voor de opvang van minderjarigen uit heel Wallonië.

Hoe werden de bestaande proefprojecten geëvalueerd? Wat zijn de bevindingen voor verplegingscentrum Titeca? Hoe denkt de minister de opvang van Nederlandstalige jongeren uit Vlaams-Brabant te verzekeren in een overwegend Franstalige structuur? Hoeveel Vlaams-Brabantse jongeren heeft Titeca sedert de aanvang van het proefproject opgevangen? Vangt het centrum inderdaad ook jongeren op uit heel Wallonië? Waarom

blijft de minister de opdeling van de hoven van beroep volgen, hoewel niet alle regio's even goed bediend worden? Waarom is in Vlaams-Brabant geen ruimte voor overleg? Wat vindt de minister van het voorstel van de K-diensten in Vlaams-Brabant om in acht FOR K-plaatsen te voorzien in de instelling in Kortenberg?

13.02 **Walter Muls** (sp.a-spirit): Het feit dat de minister alles in Titeca wil centraliseren, roept een aantal vragen op.

In Vlaams-Brabant is er geen ruimte voor overleg over de bijkomende plaatsen. Centrum Titeca vangt niet enkel minderjarigen, maar ook heel wat meerderjarigen op. Het centrum zal instaan voor de opvang van alle minderjarigen uit Wallonië, aangezien de proefprojecten aan Franstalige kant nog niet opgestart zijn. Men vreest dat men onvoldoende tijd en plaats zal hebben voor een adequate opvang van de Nederlandstalige patiënten in een samenwerkingsverband met andere Vlaams-Brabantse voorzieningen. Ongeveer 90 procent van het personeel van Titeca is Franstalig.

Waarom zijn de Franstalige proefprojecten nog niet opgestart? Waarom krijgt Vlaams-Brabant geen ruimte voor overleg? Waarom wordt de groep Nederlandstalige minderjarigen gecentraliseerd in een overwegend Franstalig centrum? Waarom kan men bijvoorbeeld in de verplegingscentra van Kortenberg en/of Grimbergen niet een aantal bedden vrijmaken? Bijkomend Nederlandstalig personeel bij Titeca is een goede intentie, maar hoe garandeert de minister dat een specifieke groep minderjarige patiënten optimaal verzorgd zal worden in een overwegend anderstalige omgeving?

Voorzitter: Colette Burgeon.

Kan de minister garanderen dat deze groep minderjarige patiënten optimaal zal worden verzorgd en zich thuis zal voelen?

13.03 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): De eenheid van het verpleegcentrum Titeca opende op 27 oktober 2003 en was de eerste FOR K-dienst. De drie actuele FOR K-projecten erkennen het als het centrum dat de moeilijkste patiënten opvangt. Er bestaat in het centrum geen uitsluitingscriterium voor het taalregime. De criteria werden steeds van nabij gevolgd via de contracten die de FOD Volksgezondheid met de instelling sloot.

Er werd onder meer een Nederlandstalige jongen uit Vlaams-Brabant opgenomen in Titeca en er staat een Nederlandstalige op de wachtlijst. Nederlandstalige jongeren worden dus niet geweigerd. Omdat vandaag slechts een beperkt aantal bedden wordt geëxploiteerd, neemt de instelling ook jongeren van de Franstalige Gemeenschap op.

De verdeling van de bijkomende middelen wordt in het protocol niet aan de werkingsgebieden van de hoven van beroep gekoppeld, maar wordt per Gemeenschap en Gewest verdeeld. Wij beschouwen de organisatie van een forensisch jeugdzorgcircuit echter als provincieoverschrijdend. Ook de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen pleit ervoor de circuits aan de werkingsgebieden van de hoven te koppelen.

Eind 2006 informeerden we alle Vlaamse K-diensten over de ontwikkeling van een zorgtraject voor forensische kinderen en jongeren. Wat de toewijzing van de middelen betreft, sprak ik tijdens de interministeriële conferentie Volksgezondheid af om de actoren via de overlegplatforms te raadplegen. Vandaag wordt in samenspraak met het kabinet-Vervotte vergaderd met de overlegplatforms van Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant.

Expertise en kritische massa zijn zeer belangrijk bij de toewijzing van de bijkomende middelen. Acht bedden is inderdaad de minimale capaciteit, nodig om een eenheid goed te laten functioneren. Ik kan nog geen concreet antwoord geven op de laatste vraag van de heer Bex, want een en ander hangt af van de gesprekken met de overlegplatforms.

Waarom de Franstalige proefprojecten nog niet zijn opgestart, moet de heer Muls aan de bevoegde Franstalige ministers vragen.

Ik heb nooit beweerd dat er niet kan worden overlegd met Vlaams-Brabant. Ik verwees al naar de informatievergadering van eind 2006 en naar de afspraak om de overlegplatforms te raadplegen. Evenmin heb ik beweerd dat het de bedoeling is de Vlaams-Brabantse minderjarigen in de Brusselse instelling te centraliseren. Aangezien Vlaams-Brabant onder het Brusselse hof van beroep valt, is het echter niet ondenkbaar dat jeugdrechters minderjarigen plaatsen in – bijvoorbeeld – de instelling Titeca. De plaatsing kan ook in de eenheden intensieve behandeling in Antwerpen en Geel, maar daar beslis ik niet over. Ik zie erop toe dat de jongere de meest adequate zorg krijgt.

Het federaal plan zal de nood aan extra plaatsen opvangen. Het is de bedoeling een zorgproject uit de bouwen in samenwerking met de verschillende actoren op het terrein. Er komen 44 extra bedden voor intensieve behandeling, 33 K-bedden en een brugfunctie en outreachmentteam per juridisch werkingsgebied. Het gaat dus niet alleen over bedden.

Op 19 februari 2007 werd er een akkoord gesloten met al de bevoegde ministers over de verdeling van de extra middelen over de Gemeenschappen en Gewesten. Ook in de komende weken zal nog een en ander worden beslist op de overlegplatforms. De expertise en het belang van een kritische massa voor deze doelgroep speelt een grote rol bij de toewijzing van de extra middelen.

Verschillende elementen zullen de verschuiving in de vraag naar de opvang van Nederlandstalige jongeren beïnvloeden, zoals de uitbouw van extra plaatsen en het aantal jongeren dat zal worden doorverwezen door de hoven van beroep. Daar kunnen wij vandaag nog niet veel over zeggen.

De instelling Titeca hanteert geen exclusieve criteria wat de taal betreft. Er werden al Nederlandstalige jongeren opgenomen en er werd een Nederlandstalige psychiater aangenomen. De opvolging van de exclusiecriteria werd steeds van nabij gevolgd door de FOD Volksgezondheid. Ook de evolutie van de personeelsequipe en het aantal Nederlandstalige jongeren wordt opgevolgd.

13.04 Stijn Bex (sp.a-spirit): Ik betwist niet dat de opvang in centrum Titeca aan de hoogste kwaliteitsnormen voldoet en dat de inclusie- en exclusiecriteria worden nageleefd. Ik betreur het dat de minister enkel zegt dat Vlaamse jongeren niet worden geweigerd. Dat zou er nog aan mankeren. De vraag is of ze er goed worden geholpen. Dat is niet echt duidelijk.

13.05 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Er is een Nederlandstalige psychiater aanwezig.

13.06 Stijn Bex (sp.a-spirit): Om een beter zicht te krijgen op het aantal jongeren dat door de hoven van beroep is doorverwezen naar de verschillende instellingen, zal ik een schriftelijke vraag stellen.

Op 13 maart vond er overleg plaats met de mensen van Vlaams-Brabant. Ik onthoud dat de kritieke massa van de bedden acht bedraagt en dat er nog geen definitieve beslissing is over de spreiding van de bedden. Ik hoop dat daarbij rekening wordt gehouden met de bezorgdheden in Vlaams-Brabant. Extra bedden in Vlaams-Brabant betekent een verlichting voor de instelling in Brussel.

13.07 Walter Muls (sp.a-spirit): Ik twijfel niet aan de expertise van Titeca. Er worden veel geïnterneerden in die instelling geplaatst, als ze er zelf de middelen voor hebben.

Het is een erg grote instelling, waar nu één Nederlandstalige psychiater is aangenomen. Dat is erg weinig en ik maak me zorgen over kwetsbare jongeren in een precare situatie die dan ook nog eens niet in hun eigen taal worden opgevangen. Er zijn ook jeugdrechtbanken in Leuven en in Brussel die jongeren moeten kunnen plaatsen waar ze dicht bij hun familie zijn.

Het incident is gesloten.

14 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Greta D'hondt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het statuut van de startende huisartsen in beroepsopleiding (HIBO)" (nr. 14268)
- mevrouw Hilde Dierickx aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het sociaal statuut van de HIBO (huisarts in beroepsopleiding)" (nr. 14561)

14.01 Greta D'hondt (CD&V): Er is nu reeds een nijpend tekort aan huisartsen en volgens de Vlaamse Huisartsenvereniging zal dit tekort steeds verergeren. Dit tekort is in niet onbelangrijke mate te wijten aan het ontbreken van een sociaal vangnet tijdens de lange studies. De dokters in opleiding vallen onder het zelfstandigenstatuut, maar werken in feite in vast loonverband. Zo kan de arbeidsovereenkomst bijvoorbeeld opgezegd worden wanneer een HIBO twee opeenvolgende maanden ziek is. Ze kunnen wel een verzekering afsluiten, maar die premie moet betaald worden van een brutoloon van 2.059 euro.

Daarbij is het beroep veel te zwaar om nog iets bij te verdienen.

De minister had eigenlijk 2 miljoen euro bestemd om het statuut van de HIBO's te verbeteren, maar nu is het nieuwe statuut weer uitgesteld tot het academiejaar 2008-2009 en blijkt de aangekondigde loonsverhoging van 400 euro slechts 160 euro te bedragen. Ik hoop dat de minister mij kan verzekeren dat ik mij vergis.

14.02 Hilde Dierickx (VLD): Steeds minder artsen kiezen ervoor om huisarts te worden. In 1999 studeerden 209 huisartsen af, terwijl er in 2006 nog maar 96 studenten met de opleiding zijn gestart. Het beroep is niet zo aantrekkelijk door de onregelmatige werkuren en de lage wedde. De minister heeft daarom onder meer het impulsfonds voor startende huisartsen opgericht.

De wedde van huisartsen in beroepsopleiding (HIBO) is beschamend. Geneesheren-specialisten in opleiding zijn loontrekkenden, terwijl huisartsen in opleiding eigenlijk schijnzelfstandigen zijn. De HIBO's krijgen ongeveer 2000 euro per maand.

Oorspronkelijk was er een loonsverhoging van 400 euro aangekondigd, maar nu wordt er gesproken van een verhoging tussen 160 euro en 400 euro. Volgens de minister gaat het over een voorlopige regeling. Wanneer komt er een definitieve regeling die sociaal aanvaardbaar is? Zou de stagebegeleider ook als werkgever kunnen optreden, zodat de HIBO's niet meer als zelfstandigen moeten werken?

14.03 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Momenteel is er een tekort aan huisartsen. In bepaalde regio's is dat tekort groter dan in andere. Vijf jaar na hun erkenning is 30 procent van de huisartsen niet of niet meer gevestigd als huisarts. Het beroep moet dus aantrekkelijker worden en de werkomstandigheden moeten worden verbeterd. Daarom werd een impulsfonds opgericht, dat het vestigen van nieuwe praktijken moet aanmoedigen.

Daarnaast moet ook de verhoogde terugbetaling van specialisten na een verwijfsbriefje van de huisarts het beroep opnieuw een centrale plaats geven binnen de gezondheidszorg. Er wordt een impulsfonds voorbereid om groepspraktijken te ondersteunen en in april of mei zal er een promotiecampagne gevoerd worden over het globaal medisch dossier.

De keuze voor huisartsengeneeskunde op het einde van de studie is een van de aspecten van het probleem. In bepaalde regio's zijn de arbeidsomstandigheden en de financiële vergoeding van de HIBO's erg ongunstig, op andere plaatsen dan weer zeer gunstig. Het Interuniversitair Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO) stelt voor om het statuut van de HIBO's te spiegelen aan dat van kandidaat-specialisten en om de stage beter op te volgen. Op die manier wordt het financieel opbod tussen de stageplaatsen vermeden.

Er werd nog niets beslist. Er zou een Franstalige en een Vlaamse vzw worden opgericht, die de taken zouden overnemen van het ICHO en die de HIBO's zouden tewerkstellen. De betaling zou moduleerbaar worden op

basis van de arbeidsomstandigheden en van de gepresteerde arbeid. De vzw's zouden gefinancierd worden door het RIZIV en door de bijdragen van de stagemeeester.

De financiële band tussen de stagemeeester en de HIBO verdwijnt daardoor. Er wordt onderzocht of er bijkomende subsidies kunnen worden gegeven aan regio's met een lage medische densiteit.

Door het overleg met alle betrokkenen, het aanpassen van de KB's en de budgettering zullen al deze maatregelen waarschijnlijk pas kunnen worden toegepast op de studenten die in juli 2008 starten met de beroepsopleiding huisartsgeneeskunde. Aan Franstalige kant is er minder vraag naar een wijziging van het statuut, omdat de HIBO's daar meer verdienen dan de Vlaamse HIBO's.

Om toch zo snel mogelijk de werkomstandigheden van de HIBO's te verbeteren, zal het RIZIV de tegemoetkomingen vanaf dit jaar verhogen van 10.000 naar 12.000 euro. Kort daarna heeft het ICHO een contract opgesteld, dat vrijwel meteen werd ingetrokken, omdat de HIBO's er niet tevreden mee waren. Het gewijzigd typecontract van het ICHO stelt voor dat financiële engagementen tussen de stagemeeester en zijn assistent moeten worden aangegaan. Omdat het RIZIV slechts de helft van de vergoedingen terugbetaalt, moeten de stagemeeesters beslissen of zij ook een inspanning doen om de vergoeding voor de HIBO's te verhogen.

14.04 Greta D'hondt (CD&V): Ik begrijp dit antwoord niet helemaal. Enerzijds wordt er voorgesteld om vzw's op te richten die de HIBO's zullen betalen. Dat is een goede zaak, want daardoor wordt de financiële band tussen de stagemeeester en de HIBO doorgeknipt en worden de HIBO's overal op dezelfde manier vergoed.

Dan blijkt echter dat er nog geen oplossing gevonden is en dat het dus opnieuw het RIZIV zal zijn dat de vergoeding betaalt. Ook de stagemeeester zal dan een inspanning moeten leveren, maar daar bestaat nog geen zekerheid over. Eigenlijk blijven we dus ter plaatse trappelen. Het statuut van de HIBO's zoals het nu is, is eigenlijk geen statuut, maar bijna een vorm van uitbuiting. Wij moeten dat dringend veranderen als wij het beroep aantrekkelijk willen houden. De regering zou de zaak zelf moeten regelen als er geen akkoord wordt bereikt. Zelf ben ik ontgoocheld, maar de HIBO's zullen dat nog veel meer zijn.

14.05 Hilde Dierickx (VLD): De RIZIV-bijdrage wordt wel verhoogd, maar de stagemeeester mag naar eigen goeddunken bepalen hoeveel hij betaalt aan de HIBO. Kan het bedrag van de vergoeding niet worden bepaald aan de hand van de geleverde prestaties? De stagemeeester zal dus geen werkgever worden zoals bij de specialisten in opleiding.

14.06 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Dat gaat over een tegenvoorstel van de artsen zelf. Ik wil zelf nog verder gaan, maar ik zal ook rekening houden met het voorstel van het ICHO. Ik hoop ook dat er nog verdere stappen gezet kunnen worden, maar ik denk dat we met dit voorstel kunnen leven.

14.07 Greta D'hondt (CD&V): Ik twijfel eraan of de HIBO's met dit voorstel kunnen leven. Ik vind overleg ook erg belangrijk, maar er zijn grenzen. Aan de stagemeeesters wordt gevraagd hoeveel zij zouden willen betalen en dat is misschien toch een stap te ver. De HIBO's leveren prestaties die voor de stagemeeester een redelijke opbrengst genereren. Zij hebben recht op een goed statuut.

Het incident is gesloten.

15 Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toepassing van het gezondheidsakkoord op de verpleegassistenten" (nr. 14269)

15.01 Mark Verhaegen (CD&V): Verpleegassistenten hebben jaren geleden hun brevet gehaald in een richting die nu niet meer bestaat.

Volgens het gezondheidsakkoord kunnen verpleegkundigen kiezen tussen een premie of een vermindering van arbeidsdagen, de zogenaamde ADV-dagen. Verzorgenden kunnen niet kiezen en moeten genoeg nemen met de ADV-dagen. Veel verpleegassistenten zijn overtuigd dat ze verpleegkundigen zijn en voeren ook de taken van verpleegkundigen uit. Vragen ze de premie echter aan, dan krijgen ze te horen dat ze geen recht hebben op de premie.

Wat is nu eigenlijk het statuut van verpleegassistenten? Als ze worden beschouwd als verzorgende, kunnen ze dan de opdracht krijgen om de taken van A1 of A2 verpleegkundigen uit te voeren?

15.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Verpleegassistenten zijn verpleger, noch verzorgende. Volgens KB 78 mag een verpleegassistent op eigen verantwoordelijkheid technische prestaties van de verpleegkundige uitvoeren zoals gedefinieerd in het KB van 18 juni 1990.

15.03 **Mark Verhaegen** (CD&V): Eigenlijk worden ze dus gelijk gesteld met verzorgenden en kunnen ze niet voor de premie kiezen. Ik had gehoopt dat ze dat wel zouden kunnen.

Het incident is gesloten.

16 **Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de slaapttest voor bus- en vrachtwagenchauffeurs" (nr. 14270)**

16.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): Dat eind januari in Würzburg een ongeval gebeurde met een reisbus, komt waarschijnlijk omdat de chauffeur ingedommeld was. Een aantal artsen pleit nu voor een verplichte slaapttest voor bus- en vrachtwagenchauffeurs. Wat moeten we ons daarbij voorstellen? Zijn de tests betrouwbaar?

16.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Het KB van 23 maart 1998 bepaalt dat de artsen die daarmee belast zijn, het onderzoek voor bepaalde types rijbewijzen moeten doen volgens de medische normen die zijn vastgesteld in een bijlage bij het KB. De minister van Volksgezondheid is bevoegd voor het KB en voor de bijlage. In de bijlage staat, dat wie lijdt aan pathologische slaperigheid ten gevolge van slaapapneu, ongeschikt is om een voertuig te besturen.

Er bestaat geen formele wetenschappelijke consensus om bij het ontbreken van ernstige risicofactoren systematisch een polysomnografie aan te bevelen. De arbeidsgeneesheer moet een oordeel vellen. In oktober 2007 vindt over deze kwestie een wetenschappelijke vergadering plaats. Daaruit moeten aanbevelingen voortvloeien.

Een Europese richtlijn bepaalt dat de lidstaten voor eind 2009 een opleiding moeten verplichten voor bestuurders en arbeidsgeneesheren.

16.03 **Mark Verhaegen** (CD&V): Het zal nog even duren voor de tests er zijn.

Het incident is gesloten.

17 **Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekenning van de hadrontherapie aan het SCK" (nr. 14274)**

17.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): Hadron- of ionentherapie is een gloednieuwe vorm van radiotherapie, die het mogelijk maakt de kankertumor veel nauwkeuriger te bestralen dan de klassieke radiotherapie. Experts schatten dat er één centrum voor hadrontherapie nodig is per 8 miljoen inwoners. Het is belangrijk dat we erin slagen zo een centrum in ons land te krijgen, want anders moeten de patiënten naar buitenlandse centra.

Een consortium van onderzoekers van alle vooraanstaande Belgische universiteiten en van het SCK te Mol wil zich daarvoor inzetten. Eind dit jaar zou de stichting klaar zijn met een businessplan. Het centrum zou tegen 2010-2012 de deuren openen. Zowel de investeringskosten als de benodigde oppervlakte bedragen een tienvoud van wat nodig is voor een klassiek centrum. De locatie is nog niet vastgelegd, maar bij het SCK is de nodige knowhow en grondoppervlakte aanwezig.

Is de minister op de hoogte van deze plannen en is hij bereid hieraan zijn volle medewerking te verlenen? Is de minister het ermee eens dat de locatie moet gekozen worden in overeenstemming met het zwaartepunt

van het onderzoek, dat op de nucleaire toepassing ligt?

17.02 Minister **Rudy Demotte**: Hadrontherapie is een nieuwe evolutie in de radiotherapie. De techniek is momenteel alleen nog maar in het buitenland beschikbaar. In Europa wordt er een achttal centra opgestart. Naar schatting is er ongeveer één centrum nodig per tien miljoen inwoners, wat neerkomt op één centrum voor België.

In opdracht van het RIZIV is een expert belast met het onderzoek naar de behoeften en de haalbaarheid van de oprichting van zo een centrum.

Wat de vestigingsplaats betreft, vind ik dat een dergelijke behandeling moet gebeuren in de radiotherapieafdeling van een ziekenhuis.

17.03 **Mark Verhaegen** (CD&V): België mag deze trein niet missen. Voor mij staat het in de sterren geschreven dat een dergelijk onderzoeks- en therapiecentrum in de buurt van het SCK moet komen, omdat het een nucleaire toepassing is.

Het incident is gesloten.

18 **Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het kwaliteitslabel voor parafarmacie" (nr. 14285)**

18.01 **Colette Burgeon** (PS): De parafarmaceutische producten zijn goed voor een marktaandeel van 23,5 procent, en dat aandeel is in 2006 met vijf procent gestegen. Volgens een OIVO-enquête staan 70 procent van de patiënten echter sceptisch tegenover die producten of denken zij dat de producenten liegen.

De APB betreurt dat er onvoldoende controles plaatsvinden en heeft beslist een kwaliteitslabel toe te kennen dat enkel aan parafarmaceutische producten die conform de wetgeving zijn kan worden toegekend na een onderzoek van het dossier door de Labelcommissie. Dat dossier dient onder meer de formule van het product en de aanbevelingen voor het gebruik te bevatten.

Vormt dat label een absolute kwaliteitsgarantie? Is de APB niet rechter in eigen zaak?

18.02 Minister **Rudy Demotte** (*Frans*): Overeenkomstig de vigerende regelgeving, mogen voedingssupplementen niet zonder voorafgaande kennisgeving aan de FOD Volksgezondheid in de handel worden gebracht. Na analyse van het dossier, dat onder meer de lijst van de bestanddelen en een toxiciteits- en stabiliteitsanalyse bevat, zendt de FOD een kennisgevingsnummer en eventuele opmerkingen toe. In geval van ernstige inbreuken wordt het kennisgevingsnummer niet toegekend.

De regelgeving verbiedt ongegronde verwijzingen naar mogelijke effecten van voedingsmiddelen op de gezondheid of het metabolisme. Bovendien voorziet een Europese verordening in het opstellen van lijsten met gezondheidsclaims op grond van een wetenschappelijk advies vanwege de Europese instantie voor de voedselveiligheid.

Aangezien de meeste elementen die door de APB worden beoordeeld, eerder al door de overheid werden gecontroleerd, biedt het nieuwe label geen enkele meerwaarde inzake de overeenstemming van die producten met de wetgeving. Mijn administratie gaat na of het logo op dat label niet tot verwarring met geneesmiddelen kan leiden. Men kan zich inderdaad afvragen of de APB niet tegelijkertijd rechter en partij is, aangezien de consument ervan kan uitgaan dat producten met het label van een betere kwaliteit zijn, wat niet noodzakelijk het geval is.

Het incident is gesloten.

19 **Vraag van de heer Koen Bultinck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "nieuwe misbruiken in de sector van de klinische biologie" (nr. 14295)**

19.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Met een aantal wetsontwerpen heeft men in deze regeerperiode de

reclame voor geneesmiddelen aan banden proberen te leggen. Vandaag steken de problemen opnieuw de kop op.

Europa verplicht ons om onze regeling inzake klinische labs te herzien en de mogelijkheid om een klinisch lab uit te baten uit te breiden. Die herziening zou volgens artsen en uitbaters nieuwe problemen kunnen veroorzaken. De commissie voor Klinische Biologie is daar in een brief aan de laboratoria erg kritisch over en waarschuwt voor nieuwe misbruiken. Een aantal labs neemt het inderdaad niet zo nauw met de regels.

Wat is de reactie van de minister op het heropleven van de misbruiken die wij net probeerden te bannen? Worden er maatregelen tegen genomen? Zijn er al vergunningen ingetrokken?

19.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): In 2006 heb ik de erkenning van een aantal klinische laboratoria geschorst, omdat zij voordelen in natura, met name informaticamateriaal, aanvaard hadden. Dat is het enige dossiers waarin concrete vaststellingen zijn gedaan.

Omdat er nogal wat geruchten de ronde doen in de sector, heeft de commissie voor Klinische Biologie alle laboratoria een brief gestuurd waarin wordt omschreven welke praktijken aan de gang zijn en wat de gevolgen zijn. Zowel het verschaffen van materiële voordelen als het uitoefenen van druk om zulke voordelen te verkrijgen is onaanvaardbaar. Dat wordt gespecificeerd in de wet van 24 mei 2005.

Laboratoria die de regels niet naleven, riskeren niet alleen een schorsing of de intrekking van de erkenning, maar ook strafrechtelijke correctionele sancties.

De wet van 24 mei 2005 bevat ook het beginsel van de centrale inning van de erelonen voor de directeur van het laboratorium. Op basis van een overeenkomst tussen de specialisten, de directeur en de uitbater zullen de erelonen op transparante wijze worden verdeeld. Misbruik zal zo gemakkelijker aan het licht komen. Als mijn diensten fraude vaststellen, zullen er sancties volgen.

19.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Het is positief dat er tot nog toe maar één frauduleus dossier bekend is. Blijkbaar heeft de brief van de commissie voor Klinische Biologie vooral een preventieve bedoeling. Ik concludeer dat de zaken eigenlijk behoorlijk goed onder controle zijn.

Het incident is gesloten.

20 **Vraag van de heer Mark Verhaegen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het onderzoek naar MRSA in de Belgische varkenssector" (nr. 14334)**

20.01 **Mark Verhaegen** (CD&V): Na geruchtmakend Nederlands onderzoek zou men nu ook in België de prevalentie van MRSA-dragerschap nagaan in de varkenssector. Als een varkenskweker of een familielid in het ziekenhuis wordt opgenomen, dan zou die persoon moeten worden gescreend wegens het risico op MRSA. Er bestaat een snelle DNA-test die grootschaliger zou moeten kunnen gebeuren.

Zal de minister het voorstel van het federaal platform voor ziekenhuishygiëne volgen? Wanneer zullen de resultaten dan bekend zijn? Op wie zal het onderzoek zich toespitsen? Denkt de minister aan een systematische screening van alle personen bij ziekenhuisopname? Hoeveel zal de studie kosten en welk financieringsplan zal er worden gebruikt? Hoe zal de minister het vertrouwen van de consumenten in varkensvlees handhaven?

20.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Een kleine studiegroep, samengesteld uit een hele reeks betrokkenen, heeft een studieprotocol uitgewerkt. Het definitieve voorstel heb ik eind februari gekregen en ik ben van plan het te volgen. De preliminaire resultaten zouden tegen 30 juni beschikbaar zijn en de definitieve tegen half juli.

De studie zal de prevalentie van MRSA-dragerschap onderzoeken bij varkenshouders, hun bedrijfsmedewerkers en hun gezinsleden en ook bij de varkens zelf. Er zal een staal van vijftig varkensbedrijven worden genomen en daar zullen alle genoemde personen en dertig varkens aan een test worden onderworpen.

De meeste Belgische ziekenhuizen voeren al een systematische MRSA-screening uit bij de opname van risicopatiënten. De cruciale vraag is of varkenshouders aan die lijst risicopersonen moeten worden toegevoegd. Iedereen screenen is niet haalbaar.

Ik trek 150.000 euro uit voor deze studie. De sector zelf levert een wezenlijke bijdrage van 100.000 euro.

Bij elke gelegenheid zal ik benadrukken dat varkensvlees geschikt blijft voor consumptie en dat de varkens zelf geen last hebben van MRSA.

20.03 **Mark Verhaegen** (CD&V): De meeste ziekenhuizen screenen nu al risicopatiënten, maar alle ziekenhuizen zouden dat moeten doen. De ziekenhuisbacterie zorgt immers voor een paar duizend sterfgevallen per jaar.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.37 uur.