

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

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

du

van

MERCREDI 11 AVRIL 2007

WOENSDAG 11 APRIL 2007

Matin

Voormiddag

La réunion publique est ouverte à 10 h 25 sous la présidence de Mme Colette Burgeon.

01 Question de Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement d'un anticoagulant vital" (n° 14237)

01.01 **Maya Detiège** (sp.a-spirit) : Le ministre a déjà été interrogé en juillet 2006 à propos de l'anticoagulant Marevan, qui n'est plus remboursé depuis mai 2006. Ce médicament est vital pour vingt mille patients en Belgique, estime-t-on, et son remplacement par un autre anticoagulant entraîne souvent des difficultés d'adaptation. En juillet, le ministre avait déclaré être informé du problème et le regretter, ajoutant qu'il examinerait la possibilité d'autoriser de nouveau le remboursement du Marevan.

Où en sommes-nous à présent ?

01.02 **Rudy Demotte**, ministre (*en néerlandais*) : À ma demande, le producteur Therabel a entre-temps introduit une demande auprès de la commission de remboursement des médicaments pour faire rembourser à nouveau le Marevan. L'approbation de la demande a été publiée au *Moniteur belge* en mars et le Marevan est à nouveau remboursé depuis le 2 avril dernier.

01.03 **Maya Detiège** (sp.a-spirit) : C'est une excellente nouvelle. Le problème est qu'une firme peut décider elle-même d'introduire une demande de remboursement. J'espère qu'à l'avenir nous pourrions faire davantage qu'exercer des pressions sur les entreprises.

L'incident est clos.

02 Question de M. Joseph Arens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la conclusion de nouvelles conventions nCPAP en province de Luxembourg" (n° 14340)

02.01 **Joseph Arens** (cdH) : L'INAMI met à disposition des patients atteints d'une forme grave du syndrome d'apnée du sommeil, un appareil respiratoire, le CPAP. La mise à disposition se fait via une convention. À l'heure actuelle, aucun centre agréé par l'INAMI n'existe dans la province de Luxembourg.

Quel est l'avis de la commission de contrôle budgétaire par rapport à la proposition du collège des médecins directeurs de conclure de nouvelles conventions CPAP ?
Seront-elles envisagées dans le budget 2007 ?

Le comité de l'assurance a-t-il examiné ce dossier ?

Envisagez-vous une convention CPAP pour la province de Luxembourg ?

02.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Le comité de l'assurance a approuvé en janvier 2007 le texte-type de la nouvelle convention nCPAP « *nasal-continuous positive airway pressure* » ainsi que les textes-types de deux autres conventions. La date d'entrée en vigueur de ces conventions est prévue au 1^{er} juillet 2007.

Tous les hôpitaux ont été informés. Parmi les 74 établissements ayant introduit leur candidature, trois sont situés en province de Luxembourg. Je m'attends à ce qu'un hôpital conventionné y soit établi.

02.03 Joseph Arens (cdH) : Serait-il possible d'obtenir les noms des trois hôpitaux du Luxembourg qui ont introduit leur dossier ?

02.04 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Je vais les demander. D'ici la fin de la réunion, vous les recevrez.

L'incident est clos.

03 Question de M. Joseph Arens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le transport transfrontalier par ambulance" (n° 14341)

03.01 Joseph Arens (cdH) : En décembre 2004, le Parlement Benelux a adopté une recommandation invitant les gouvernements des trois pays du Benelux à procéder dans les meilleurs délais à la signature du projet de convention relative au transport transfrontalier en ambulances.

L'aide médicale d'urgence dans un pays voisin peut-elle être apportée à l'heure actuelle sans écueil d'ordre juridique, financier ou administratif?

Une convention relative à la coopération transfrontalière dans ce domaine existe-t-elle?

Dans la négative, quelles sont les raisons pour lesquelles un accord n'a pas encore été conclu ?

Qu'en est-il des situations de non-urgence ?

03.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Les cas d'intervention des moyens belges au Luxembourg et inversement étant extrêmement rares, il n'existe aucune statistique pertinente à ce sujet.

Par ailleurs, j'ai récemment approuvé la demande de réaliser, avec le Luxembourg, une convention entre nos administrations. Le secrétariat Benelux propose, en outre, son aide pour organiser l'information locale et faciliter les signatures.

Il convient de s'adresser au gouvernement wallon qui est compétent en matière de transport non urgent.

03.03 Joseph Arens (cdH) : Vous êtes favorable à une convention entre la Belgique et le Grand-Duché concernant les transports d'urgence.

03.04 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Je ne suis pas opposé à la signature d'un tel accord et j'ai pris des dispositions pour que cela soit possible.

03.05 Joseph Arens (cdH) : Vous y êtes donc favorable.

03.06 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : En langue non diplomatique et pour parler de façon directe : oui.

L'incident est clos.

04 Question de M. Joseph Arens au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance de la fibromyalgie" (n° 14366)

04.01 Joseph Arens (cdH) : La fibromyalgie se caractérise par une douleur manifeste des muscles. Elle a un caractère progressif et évolutif et est particulièrement difficile à diagnostiquer. Vous avez annoncé que le comité de l'assurance de l'INAMI avait désigné neuf centres avec lesquels une convention serait conclue. Des patients pourraient s'y présenter pour recevoir un diagnostic et y recevoir un avis quant à la prise en charge médicale et sociale de cette pathologie. Quelle est l'évolution de la reconnaissance de la maladie ? Les centres de la douleur chronique prennent-ils en charge la fibromyalgie ? Qu'en est-il de la conclusion des conventions avec les neuf centres désignés par l'INAMI ? Un de ces centres existe-t-il dans la province de Luxembourg ?

04.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : L'INAMI reconnaît que la fibromyalgie est une affection et qu'elle peut entraîner de lourdes conséquences pour les patients.

Les centres de référence de la douleur chronique prennent en charge les patients souffrant de fibromyalgie. J'ai fait en sorte que les formations soient plus pointues dans ce domaine pour améliorer le diagnostic de cette maladie.

Je vous confirme que le comité d'assurance a signé une convention avec neuf centres de référence de la douleur chronique. Actuellement, il n'existe pas un tel centre de référence dans la province de Luxembourg, ni d'ailleurs dans celle du Hainaut, parce que les hôpitaux candidats de ces provinces ne disposaient pas d'une expérience suffisante. Le comité de l'assurance a cependant réservé des places supplémentaires pour la province de Luxembourg et la province de Hainaut aux centres de référence répondant aux conditions requises de manière à ce que les soins prodigués dans ce type de centre soient accessibles à tous les patients dans le pays.

Il n'y a pas non plus de centre de référence dans la province du Brabant wallon. Toutefois, les habitants de cette province ont la possibilité de s'adresser aux deux centres bruxellois. Nous avons fait en sorte qu'un certain nombre de médicaments soient, dans le cas de la fibromyalgie et des douleurs chroniques, remboursés de manière préférentielle.

04.03 Joseph Arens (cdH) : J'aimerais connaître le centre le plus proche de la province du Luxembourg.

04.04 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Cela doit être en province de Namur ou Liège en fonction de l'endroit où on habite au Luxembourg.

L'incident est clos.

05 Question de M. Jo Vandeurzen au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le recours au Fonds spécial de solidarité pour les nouvelles techniques en cardiologie" (n° 14565)

05.01 Jo Vandeurzen (CD&V) : Grâce à plusieurs techniques révolutionnaires, la cardiologie invasive connaît des avancées importantes, mais celles-ci s'accompagnent également de problèmes de financement. Des interventions auparavant pratiquées en dehors du bloc opératoire et financées par les honoraires sont aujourd'hui effectuées au bloc opératoire et relèvent donc du financement des pathologies et du budget des moyens financiers. Le matériel et les moyens utilisés sont très onéreux.

Il s'agit, entre autres, de l'implantation de valvules cardiaques chez les enfants souffrant d'une malformation cardiaque congénitale. Si leur prix est si élevé, cela tient aux faits que ces valvules sont confectionnées sur mesure et en très petites quantités, qu'il s'agit de techniques expérimentales et que les prix dans le domaine de la cardiologie ont toujours été très élevés.

Bien des années s'écoulent souvent avant qu'il soit question de remboursement.

Certaines conditions doivent être remplies pour pouvoir faire appel au Fonds spécial de solidarité. Il ne peut s'agir de techniques expérimentales, la prestation ou le matériel ne peut apparaître dans la nomenclature INAMI et le traitement ne peut être effectué autrement que de la manière demandée. C'est surtout la condition relative à l'interdiction des techniques expérimentales qui est source de problèmes.

Le ministre reconnaît-il cette évolution ? Quelle réponse y apporter ?

05.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Je suis au fait du problème lié au placement percutané de valvules cardiaques.

Le remboursement n'est possible que si les interventions sont coûteuses et rares. En outre, les instances médicales compétentes doivent, de manière motivée, désigner le traitement comme étant celui indiqué pour lutter contre le danger compromettant les fonctions vitales du patient. En outre, la prestation médicale doit avoir dépassé le stade expérimental et offrir une plus-value incontestable, démontrée par une analyse coûts-bénéfices. Une demande doit être introduite auprès du conseil médical technique de l'INAMI en vue de l'évaluation de la plus-value médicale ou de l'obtention d'une intervention.

Dans le cadre de cette procédure, l'organisme assureur concerné doit donc entreprendre deux démarches : l'une auprès du Conseil technique des implants et l'autre auprès du fonds spécial de solidarité. Si la technique bénéficie d'un accueil favorable, le collège des médecins-directeurs soumet une proposition d'intervention au comité de l'assurance de l'INAMI. Lorsque le feu vert est donné, une intervention peut être accordée pour maximum deux ans, soit un délai suffisant pour permettre à l'INAMI de trouver une solution structurelle. Cette procédure a encore été appliquée récemment pour le traitement au laser de taches de vin, intégré dans la nomenclature ordinaire le 1^{er} mars 2007.

05.03 Jo Vandeurzen (CD&V) : Il nous reste donc à espérer que l'Inami prenne une décision rapide et caractérisée par une certaine souplesse.

05.04 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : L'expérience m'a appris que le Fonds spécial de solidarité traite rapidement les demandes qui lui sont adressées. Toutefois, dans ce cas-ci, il s'agit d'une technique médicale innovante et, donc, rare.

L'incident est clos.

06 Question de Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence de benzène, une substance cancérigène, dans les boissons rafraîchissantes" (n° 14574)

06.01 Maya Detiège (sp.a-spirit) : Selon le Centre international de recherche sur le cancer, le benzène est une substance cancérigène. On décèle notamment sa présence dans l'essence super et les cigarettes. Par voie respiratoire, nous absorberions quotidiennement environ 200 µg de cette substance. Et dans les boissons rafraîchissantes, on en a également décelé des concentrations de deux à six fois supérieures à ce que l'Organisation mondiale de la santé considère comme la norme de sécurité pour l'eau potable. En 2006, des chercheurs britanniques ont décelé la présence de benzène dans 30 % des boissons rafraîchissantes analysées.

Pourtant, il est techniquement possible de produire des boissons rafraîchissantes sans benzène. La formation de benzène dans ces boissons résulte de la combinaison d'acide benzoïque et d'acide ascorbique ou vitamine C. Le processus de réaction est encore renforcé par des facteurs tels que le degré d'acidité, la température et la lumière. Le sucre ralentissant la réaction chimique, le risque de formation de benzène est plus élevé dans les boissons rafraîchissantes du type *light*.

Des tests effectués en Belgique ont montré que dans trois des dix-huit boissons rafraîchissantes testées, les concentrations de benzène dépassaient la norme de référence belge pour l'eau potable fixée à 1 µg par kg. Il n'y a néanmoins pas lieu de s'alarmer puisque pour dépasser la dose de benzène que nous inhalons chaque jour, il nous faudrait ingurgiter des quantités énormes de boissons rafraîchissantes. Le benzène reste néanmoins une substance cancérigène et les autorités se doivent donc de tout mettre en œuvre pour que ses concentrations restent les plus faibles possibles. Plusieurs producteurs de boissons rafraîchissantes ont déjà entamé des expérimentations en vue de trouver d'autres alternatives non cancérigènes.

Le ministre a-t-il l'intention de prendre une initiative en vue de limiter strictement la concentration de benzène dans les boissons rafraîchissantes ?

06.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : J'ai connaissance de ce problème. Je tiens à souligner

que les concentrations restent toujours très faibles et que l'objectif consiste bien évidemment à maintenir ces valeurs aussi faibles que possible. J'ai dès lors chargé mes services de suivre très attentivement le problème. De nombreuses réunions ont déjà été consacrées à cette question au niveau européen. L'Europe s'en tient provisoirement à une norme simple et non officielle, qui consiste à dire que les boissons rafraîchissantes contenant plus de 10 µg/kg sont interdites. Dans notre pays, mon administration entretient des contacts réguliers avec les producteurs afin de limiter un maximum les concentrations de benzène. Il va de soi que l'instauration d'une norme européenne uniforme et officielle faciliterait l'élaboration de règles strictes en la matière.

06.03 Maya Detiège (sp.a-spirit) : Il faudra donc attendre la norme européenne officielle.

06.04 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : En effet. Dans l'intervalle, nous ne restons pas les bras croisés dans notre pays et de nombreuses réunions sont organisées avec les producteurs pour fixer des seuils de concentration.

06.05 Maya Detiège (sp.a-spirit) : Les producteurs qui dépassent la norme de 10 µg/kg sont-ils sanctionnés ?

06.06 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Nous ne disposons encore d'aucune base légale à cet effet. Nous ne pouvons perdre de vue que non seulement les soins de santé mais aussi la réglementation relative à la concurrence jouent un rôle au niveau européen.

06.07 Maya Detiège (sp.a-spirit) : Je regrette que ces règles de concurrence jouent également un rôle dans des matières qui ressortissent à l'évidence aux soins de santé.

06.08 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : L'Europe est ainsi faite. Les soins de santé constituent une matière subsidiaire qui relève des États membres. Une norme européenne claire et uniforme s'impose pour éviter qu'une impression d'arbitraire soit créée et que les producteurs doivent appliquer d'autres normes selon le pays où la boisson est mise sur le marché.

L'incident est clos.

06.09 Maya Detiège (sp.a-spirit) (*en français*) : J'ai encore une question au sujet des "LEIF-artsen". Elle est inscrite au point 43 de l'ordre du jour.

La **présidente** : Peut-on la reporter car Mme Avontroodt est absente ?

06.10 Maya Detiège (sp.a-spirit) (*en français*) : Cela revient au même pour elle si j'ai une réponse aujourd'hui.

La **présidente** : Je suis embêtée car Mme Avontroodt avait inscrit sa question avant vous.

L'incident est clos.

07 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers de certaines vitamines" (n° 14458)

07.01 Colette Burgeon (PS) : Une analyse des résultats de plusieurs études publiée dans *The Journal of the American Medical Association* révèle que le fait de prendre des compléments en vitamines A et E et du bêta-carotène pourrait accroître les risques de mortalité. Quels enseignements tirez-vous de ces études ? Vous semblent-elles fiables ? Ne conviendrait-il pas de mettre en garde les utilisateurs de tels produits par un étiquetage approprié ?

07.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Le stress oxydatif est impliqué dans la genèse des maladies chroniques et notamment du cancer. Les scientifiques ont donc logiquement pensé à combattre ce stress par l'usage d'anti-oxydants. De nombreuses études ont été menées dans ce but mais les résultats se sont, dans l'ensemble, révélés décevants.

Vous faites référence à une publication parue en février dans le journal "Journal of the American Medical Association" qui fait part de 68 études ayant donné lieu à près de 400 publications. Cette méta-analyse ne met en cause ni la prise de vitamine C ni celle de sélénium.

Le risque potentiellement lié à la vitamine E reste marginal. Le risque lié au bêta-carotène est à peine supérieur.

Ce dernier point mérite cependant considération. La carotène est le précurseur de la vitamine A. Or, c'est précisément la vitamine A qui est mise en cause. Elle expose à un risque accru nettement plus fiable et probant en termes statistiques.

Ces études subissent des limitations inhérentes à celles d'une analyse de données hétéroclites. Elles sont bien connues et citées par les auteurs de l'article eux-mêmes mais on peut les rappeler. Ce travail confirme cependant que des suppléments vitaminés A et E donnés à forte dose sont inutiles. On ne peut cependant conclure avec certitude qu'ils sont néfastes.

L'Agence fédérale du médicament et des produits de santé revoit maintenant systématiquement à la baisse la teneur en vitamine A des complexes vitaminiques.

L'usage apparenté à des méga vitamines a déjà fait l'objet de diverses mises en garde officielles.

L'étiquetage nutritionnel des denrées alimentaires enrichies limite l'apport vitaminique. Pour la vitamine A, l'apport doit se situer à moins de 15% d'un taux fixé à 2 700 unités et ne peut en aucun cas excéder 4 000 unités pour permettre une allégation d'enrichissement. Le Conseil supérieur de l'hygiène considère qu'un seuil toxique n'est atteint que pour une prise minimale journalière de 7 500 unités. Dans la publication citée par Mme Burgeon, les sujets ont pris en moyenne plus de 20 200 unités de vitamine chaque jour.

Les questions soulevées par Mme Burgeon font l'objet d'une attention particulière aux niveaux belge et européen.

07.03 Colette Burgeon (PS) : Les mises en gardes doivent être répétées. Il faut dire aux gens que si l'on a une prise naturelle par une alimentation équilibrée de toutes les vitamines, ces compléments, sauf maladie particulière qui ne fixe pas les vitamines, ne sont pas nécessaires.

Il faut informer les gens. Je ne peux que vous encourager à les mettre en garde.

07.04 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : L'apport vitaminé doit répondre à un besoin et un diagnostic. Une alimentation saine est effectivement la base d'une bonne santé.

Les citoyens doivent être conscients du fait que nous avons intérêt à ne pas faire de l'automédication ou de l'autocorrection alimentaire. Cela peut être nuisible pour la santé.

Par ailleurs, il faut faire attention aux diverses études internationales. Les cocktails de vitamines ne sont pas nécessairement distingués. La nature de ces cocktails ainsi que leurs périodes de prise sont extrêmement variables. J'ajouterai que les populations cibles sont extrêmement variables aussi.

L'incident est clos.

08 Question de Mme Colette Burgeon au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'encéphalopathie spongiforme transmissible" (n° 14459)

08.01 Colette Burgeon (PS) : Le premier cas pour 2007 d'encéphalopathie spongiforme transmissible (EST) a été détecté récemment sur une brebis appartenant à un exploitant installé dans la région de Waimes en province de Liège.

À la suite de la découverte récente de la présence d'EST en France, l'Union européenne a adapté sa campagne de dépistage.

En quoi consiste cette adaptation ? Qu'implique-t-elle pour notre pays ? Quelles seront les conséquences pour les contrôles effectués par l'AFSCA ? Les farines animales sont-elles autorisées dans les aliments pour ovins ?

Si oui, pourquoi ? N'y a-t-il pas, dans ce cas, un risque de contamination de la chaîne alimentaire ?

08.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : L'encéphalopathie spongiforme transmissible est l'appellation générique pour les maladies qui trouvent leur origine dans des modifications de type pathologique de la configuration spatiale de certaines protéines qu'on appelle les prions.

En ce qui concerne l'EST, la maladie dite de la tremblante classique mais aussi la tremblante causée par des souches de prions atypiques affectent les ovins et les caprins. L'ESB touche spécifiquement les bovins.

Chez l'homme, les formes principales d'EST sont la maladie de Creutzfeld-Jacobs, MCJ, et sa variante, VMCJ. Cette dernière est transmise à l'homme par l'ESB. Étant donné la sensibilité des ovins et des caprins à l'infection expérimentale par l'ESB, les experts scientifiques suspectaient depuis longtemps que certains cas de tremblante ne soient en fait des cas d'ESB.

Les tests de différenciation entre les souches de prions ont permis de confirmer en janvier 2005 un premier cas d'ESB chez une chèvre en France.

Le règlement n° 1.041/2006 de la Commission européenne du 7 juillet 2006 impose une surveillance renforcée des encéphalopathies spongiformes transmissibles chez les ovins.

Pour la Belgique, elle implique le dépistage par test rapide à l'abattoir de tous les ovins âgés de 18 mois et plus ainsi qu'au clos d'équarrissage d'un minimum de 3.000 ovins sur une base annuelle, âgés de 18 mois ou plus. En outre, un examen complémentaire des cas positifs d'EST est pratiqué systématiquement au moyen d'un test moléculaire de différenciation permettant de distinguer la tremblante et l'ESB.

La surveillance des animaux présentant des signes cliniques et des troupeaux infectés reste également d'application.

L'ensemble de ces mesures permet de préciser la prévalence des EST, et en particulier de l'ESB, dans la population ovine.

En Europe, les farines animales ne sont plus autorisées dans l'alimentation des animaux destinés à la production d'aliments depuis 2001.

En outre, tous les tissus des animaux susceptibles d'être porteurs de prions infectieux sont collectés en tant que matières de catégorie 1 au sens du règlement 1.774/2002 du Parlement européen et du Conseil du 3 octobre 2002, puis traités dans une usine de transformation agréée par les autorités régionales, et éliminés comme déchets par co-incinération dans des usines d'incinération.

Ces mesures limitent donc considérablement les risques de contamination de la chaîne alimentaire.

L'incident est clos.

09 Questions jointes de

- **Mme Yolande Avontroodt au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la consultation obligatoire d'un deuxième médecin en cas de demande d'euthanasie" (n° 14845)**

- **Mme Maya Detiège au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'enregistrement et la rémunération des médecins EOL" (n° 14993)**

09.01 Maya Detiège (sp.a-spirit) : Après l'adoption de la loi sur l'euthanasie en 2003, les projets LEIF et FORUM EOL ont vu le jour, le premier du côté néerlandophone et le second du côté francophone. Les médecins du LEIF et d'EOL sont des spécialistes qui assistent d'autres médecins lorsque ceux-ci doivent prendre des décisions touchant à la fin de vie.

Bien qu'une deuxième consultation – une troisième pour les patients non terminaux – soit obligatoire, cette consultation n'est pas rémunérée. La majorité des consultations s'effectue donc bénévolement, ce qui n'est pas défendable.

Aux Pays-Bas, il existe un projet similaire baptisé SCEN. Grâce à ce projet, les Pays-Bas disposent aujourd'hui d'une vaste base de données sur l'euthanasie. Un médecin du SCEN reçoit une rémunération de 280 euros par consultation. Il doit aussi déposer un rapport détaillé. Le projet SCEN bénéficie chaque année d'une subvention publique de 300 000 euros. Le projet LEIF a reçu deux fois 20 000 euros.

Le ministre pourrait-il veiller à ce que les médecins du LEIF et d'EOL reçoivent une rémunération pour une deuxième ou troisième consultation ? Cette rémunération pourrait être éventuellement subordonnée au dépôt d'un rapport.

Présidente : Mme Josée Lejeune.

09.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Il n'existe pas de numéro de nomenclature spécifique pour l'euthanasie et cette question n'est pas à l'ordre du jour du conseil technique médical de l'Inami. Les numéros de nomenclature des visites à domicile des médecins généralistes ou des médecins généralistes titulaires de droits acquis peuvent toutefois être utilisés. Il existe aussi des numéros spécifiques pour les patients palliatifs. Les médecins généralistes ou les médecins généralistes titulaires de droits acquis peuvent aussi demander une consultation à domicile d'un médecin spécialiste.

Deux éléments doivent être étudiés : l'objectivation des montants de consultation et le respect de la confidentialité des consultations. Un numéro de nomenclature présente le désavantage de permettre l'identification de la consultation. Tenant compte de ces éléments, je suis prêt à poursuivre l'étude d'un moyen de rembourser cette forme de prestations de soins.

09.03 Maya Detiège (sp.a-spirit) : Je suis heureuse de constater que le ministre est partisan d'une intervention financière et j'attends donc sa prochaine initiative à ce sujet.

L'incident est clos.

10 Question de Mme Annelies Storms au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la présence dans les grands hôpitaux d'interprètes gestuels" (n° 14631)

10.01 Annelies Storms (sp.a-spirit) : La loi relative aux droits du patient dispose que la communication avec le patient doit se fonder sur un langage compréhensible. La "*Federatie van Vlaamse Dovenorganisaties*" souligne cependant que la communication avec les patients malentendants constitue un problème notable. Une solution pourrait consister à élargir le système du médiateur interculturel aux personnes atteintes de troubles de l'audition. Les grands hôpitaux pourraient également engager un interprète à demeure.

Le ministre a-t-il connaissance de la situation actuelle ? Quelles initiatives peut-il entreprendre pour s'attaquer à ce problème ? À la suite d'une question posée par Mme Helga Stevens au Parlement flamand, la ministre Vervotte a promis d'examiner ce dossier au sein d'une conférence interministérielle. Cette promesse a-t-elle déjà été honorée ?

10.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : En vertu de l'arrêté royal relatif à la médiation interculturelle, les hôpitaux peuvent déposer une demande auprès du SPF Santé publique s'ils souhaitent faire appel à un interprète gestuel. À ce jour, deux établissements seulement ont eu recours à de tels interprètes, sans doute parce que la demande est très limitée.

La constitution d'une équipe d'interprètes gestuels pourrait résoudre le problème. Un interprète gestuel avec un poste définitif pourrait ainsi être appelé par un autre hôpital. Le déplacement et la perte de temps peuvent néanmoins poser problème. Le recours à la vidéoconférence, comme cela se pratique déjà aux Etats-Unis, constitue une autre possibilité.

Cette question n'a pas été inscrite à l'ordre du jour de la conférence interministérielle et aucune concertation n'a dès lors eu lieu avec les Régions à ce jour. Par ailleurs, aucune plainte ne m'est parvenue à ce sujet entre mars 2005 et avril 2007.

10.03 Annelies Storms (sp.a-spirit) : Je me réjouis qu'il soit possible de désigner un interprète gestuel par le biais de l'arrêté royal relatif à la médiation interculturelle. Je tenterai de travailler sur ce sujet en

collaboration avec Mme Stevens, par-delà les clivages politiques. Les deux pistes de réflexion suggérées par le ministre valent certainement la peine d'être examinées. Je demanderai également l'avis de la « Vlaamse Federatie van Doven » sur la question.

L'incident est clos.

11 Question de Mme Annelies Storms au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le droit de plainte des patients" (n° 14632)

11.01 Annelies Storms (sp.a-spirit) : La loi relative aux droits du patient autorise ce dernier à introduire une plainte auprès d'un service de médiation. Si le patient n'est pas en mesure d'exercer ses droits, ce droit de plainte peut être exercé par un tiers. La loi du 13 décembre 2006 portant des dispositions diverses en matière de santé stipule qu'il n'y a plus lieu de respecter un ordre spécifique entre les représentants possibles du patient incapable de manifester sa volonté mais un arrêté royal doit encore préciser qui entre en ligne de compte à cet égard.

Le 4 avril 2006, j'ai déposé une proposition de loi tendant également à supprimer le système de cascade entre les représentants et j'ai proposé que les enfants majeurs puissent également revêtir cette qualité. Il ressort en effet du rapport annuel 2004 du médiateur néerlandophone que bien souvent, le partenaire d'un patient incapable de manifester sa volonté n'utilise pas de son droit de plainte, alors que les enfants font souvent preuve d'une plus grande fermeté.

J'ai également proposé d'étendre le droit de plainte aux proches parents d'un patient décédé. Cela peut avoir son importance dans le processus de deuil. Les médiateurs francophone et néerlandophone sont en outre favorables à l'idée, ainsi qu'en témoigne leur rapport annuel de 2004. Cette possibilité existe déjà aux Pays-Bas.

À quels représentants le ministre permettra-t-il d'exercer le droit de plainte ? L'arrêté royal a-t-il déjà été élaboré et quand sera-t-il publié ? Que pense le ministre de ma proposition d'étendre le droit de plainte aux proches parents ?

11.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : L'arrêté royal a déjà été élaboré, il a été approuvé par le conseil des ministres et a reçu un avis positif du Conseil d'Etat. Il prévoit que le partenaire cohabitant et les enfants majeurs peuvent exercer le droit de plainte d'un patient incapable de manifester sa volonté. Cet arrêté royal sera publié au *Moniteur belge* avant la fin du mois.

Le droit des proches de consulter les dossiers médicaux d'un défunt est défini de manière très restrictive dans la loi dans un souci de respect de la vie privée du patient. C'est la raison pour laquelle une réglementation du droit de plainte des proches doit offrir les garanties nécessaires. Ce problème méritant toute notre attention, je compte recueillir l'avis de la commission «Droits du Patient ».

11.03 Annelies Storms (sp.a-spirit) : L'élaboration de cet arrêté royal me réjouit beaucoup et je me réjouis aussi que les enfants majeurs puissent également exercer le droit de plainte à la place du patient incapable de manifester sa volonté. Enfin, je suis contente que le ministre recueille l'avis de la commission « Droits du patient » concernant une extension du droit de plainte aux proches du patient.

L'incident est clos.

12 Question de Mme Annelies Storms au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le droit de plainte des patients à l'encontre de prestataires de soins ambulants" (n° 14633)

12.01 Annelies Storms (sp.a-spirit) : Le professeur Herman Nys a écrit récemment dans la revue *De Huisarts* (Le médecin généraliste) que le droit de plainte des patients à l'encontre de prestataires de soins ambulants le préoccupe. Les patients peuvent en principe introduire une plainte au service de médiation de la commission « Droits du patient » mais le seuil à franchir pour introduire concrètement une plainte est trop élevé. À ce jour, fort peu de plaintes ont donc été introduites. Et pour les pensionnaires des MRS, ce seuil est encore plus élevé. De plus, les MRS sont de la compétence des Communautés. Le professeur Nys propose de donner aux patients la possibilité d'introduire une plainte auprès du service de médiation d'un hôpital ou

auprès d'un CPAS.

Les patients qui savent qu'ils peuvent exercer ce droit de plainte sont fort peu nombreux. C'est la raison pour laquelle j'ai déposé le 6 octobre 2005 une proposition de loi dans le but de mieux informer les patients de leurs droits, notamment par l'affichage des informations y relatives dans les cabinets des prestataires de soins ambulants.

Combien de plaintes concernant des prestataires de soins ambulants et des prestataires de soins exerçant dans des MRS ont-elles été introduites en 2006 auprès de la commission « Droits du Patient » ? Le ministre reconnaît-il que le seuil à franchir pour introduire une plainte est trop élevé et compte-t-il prendre des mesures pour remédier à ce problème ? Que pense-t-il de la proposition du professeur Nys ? Ne lui serait-il pas possible de créer, en collaboration avec les Communautés, un service local de médiation pour les MRS ? La loi sur les droits du patient est-elle selon lui connue suffisamment ou envisage-t-il de prendre des mesures pour mieux faire connaître cette loi ?

12.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Je ne dispose pas encore des données d'enregistrement du service fédéral de médiation pour l'année 2006. Si on se base sur l'arrêté royal, le rapport annuel devrait être prêt fin avril 2007. Dès que j'en disposerai, je transmettrai les informations demandées.

Le service fédéral de médiation dispose d'un numéro de téléphone direct dont le répondeur donne les heures auxquelles ce service est accessible par téléphone. Une nouvelle campagne de promotion est également prévue le mois prochain. Après cette campagne, le fonctionnement du service de médiation sera évalué. Une discussion sera également menée sur la possibilité pour les patients ambulatoires d'introduire une plainte auprès des médiateurs locaux, des hôpitaux ou des CPAS. La conférence interministérielle pourrait élargir les compétences des médiateurs ; les plaintes relatives aux CPAS et aux maisons de repos sont également concernées à cet égard.

La loi relative aux droits du patient est toutefois encore insuffisamment connue. Et la possibilité de contacter le service fédéral de médiation souffre de cette même méconnaissance. Pendant la prochaine campagne, de très nombreuses informations seront envoyées aux bibliothèques, services sociaux, mutuelles, associations de patients, hôpitaux et maisons de repos.

12.03 Annelies Storms (sp.a-spirit) : Je me félicite en tout état de cause du lancement d'une nouvelle campagne. L'évaluation du système incombera sans doute au prochain gouvernement.

L'incident est clos.

13 Question de M. Servais Verherstraeten au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des cotisations obligatoires au Fonds de la santé et de la production des animaux" (n° 14281)

13.01 Servais Verherstraeten (CD&V) : Plusieurs procédures judiciaires sont en cours entre l'État belge et différents abattoirs en ce qui concerne le remboursement de cotisations au Fonds de la santé et de la production des animaux encaissées indûment.

Combien de condamnations effectives l'État belge a-t-il subies dans l'intervalle ? De quelles sommes s'agit-il en principal ? Quelles sommes ont été remboursées à ce jour ? Quelles sommes doivent encore l'être et dans quels délais ? Quels montants ont déjà été versés à ce jour en intérêts de retard, intérêts judiciaires et frais de justice et combien devront encore l'être ? Quels montants ont déjà été versés à titre d'honoraires et combien devront encore l'être ? Pourquoi les versements ne sont-ils pas encore effectués alors que des décisions exécutoires ont été prises ? Quels montants sont prévus au budget 2007 ? Ces sommes seront-elles suffisantes ? Des fonds supplémentaires seront-ils prévus dans le cadre du contrôle budgétaire ? Dans l'affirmative, quel en est le montant ?

13.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Le Conseil des ministres du 24 février 2006 a décidé de rembourser les montants indûment perçus par le Fonds de la santé et de la production des animaux.

Les titres exécutoires doivent d'abord être appliqués. Un maximum de dossiers seront ensuite clôturés par le biais de transactions. Le recours à une transaction est subordonné au respect de plusieurs conditions. Les dossiers doivent avoir été introduits avant le 1^{er} janvier 2002 et la période de remboursement doit s'étaler de 1988 à 1996. De plus, une clause de sauvegarde doit être incluse afin d'éviter les doubles paiements.

L'État belge a été condamné à treize reprises, avec des titres exécutoires dont deux doivent encore être payés. Il s'agit d'un montant total de 29.622.017 euros. Les frais de justice s'élèvent à 52.958 euros et l'indemnité de procédure à 7.041 euros. Jusqu'à présent, 59 transactions ont été clôturées, pour un montant total de 33 millions d'euros.

Les honoraires facturés en 2004, 2005 et 2006 s'élèvent à 628,18 millions d'euros. L'évaluation des frais futurs est malaisée. Le budget 2007 prévoit un montant de 40 millions d'euros, qui devrait suffire à traiter tous les dossiers antérieurs au 1^{er} janvier 2002.

13.03 Servais Verherstraeten (CD&V) : Le ministre n'a pas répondu à la question sur les intérêts de retard, les intérêts judiciaires et les frais de justice.

L'impression demeure qu'il s'agit de montants phénoménaux, d'une explosion de coûts qui aurait pu être évitée si l'on avait agi plus efficacement.

L'incident est clos.

14 Question de M. Carl Devlies au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les crédits non ordonnancés au 31 décembre 2006" (n° 14931)

14.01 Carl Devlies (CD&V) : Cette question orale résulte de la transposition des questions écrites n° 569 et 911, restées sans réponse.

À combien se montent les factures enregistrées au SPF Finances pour lesquelles, au 31 décembre 2006, aucun ordonnancement n'avait encore été effectué au sein des administrations et des institutions relevant de la compétence du ministre ? De combien de factures s'agit-il et quand ont-elles été établies ? Pourquoi l'ordonnancement n'a-t-il pas été réalisé ? Est-ce dû à la sous-exploitation des crédits imposée par le principe de l'ancre ou à l'insuffisance des crédits d'ordonnancement ? Dans ce dernier cas, pourquoi ces crédits étaient-ils insuffisants ?

14.02 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais) : Le 31 décembre 2006, le montant des factures impayées pour les crédits non ordonnancés s'élevait à 3,6 millions d'euros au SPF Sécurité sociale. Il s'agissait de 2.800 factures. La seule et unique raison de leur non-paiement est la sous-utilisation des crédits imposée par le principe de l'ancre. Aucun retard de paiement des factures ne s'est accumulé dans les institutions publiques de la sécurité sociale.

14.03 Carl Devlies (CD&V) : Le ministre a parlé de factures impayées alors que ma question concernait les factures non ordonnancées.

14.04 Rudy Demotte, ministre (en néerlandais) : Je pense que nous parlons de la même chose.

L'incident est clos.

15 Question de Mme Josée Lejeune au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments génériques" (n° 14661)

15.01 Josée Lejeune (MR) : Les médicaments génériques soulèvent nombre de questions notamment sur leur qualité, leur remboursement, le manque d'intérêt des patients ou l'impact de leur utilisation sur le budget.

Le résultat est un désordre causant des accidents, surtout chez les personnes âgées. Cette situation qui devait permettre des économies coûte finalement plus cher aux malades et à l'INAMI.

Quelle démarche pourrions-nous envisager pour que la prise de ces médicaments génériques soit facilitée ?
Quel est le bilan des campagnes de promotion lancées en 2004 ?
La concertation médico-pharmaceutique est-elle en route et quels en sont les résultats ?

Ne serait-il pas intéressant de mener une étude scientifique sur cette question ?

15.02 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : L'information correcte du patient est un élément essentiel pour le bon usage de tout médicament et donc également d'un générique. Les rôles du médecin et du pharmacien sont capitaux.

L'agence française des médicaments a récemment publié un rapport qui conclut à l'absence d'éléments permettant de considérer que les génériques posent un problème de santé publique.

L'attention des professionnels de la santé doit être davantage attirée sur les aspects informatifs dans les campagnes relatives aux génériques.

Il existe déjà un projet officiel pour évaluer l'utilisation des génériques. Ce n'est toutefois pas une étude scientifique au sens strict.

Le centre belge de pharmacovigilance pour les médicaments à usage humain (CBPH) a pour mission de recueillir et d'évaluer des informations relatives aux effets indésirables des médicaments. La Fédération nationale des pharmaciens syndiqués (FNPS) développera un système de pharmacovigilance active. Ce projet sera réalisé en collaboration avec l'institut scientifique de santé publique (ISP). En outre, la FNPS est en contact avec Test-Achat en vue de collaborer dans leur projet de point contact en matière de médicament.

L'étude évoquée dans l'article paru dans "MedMedica" est critiquable parce qu'aucune donnée source n'est relatée ; par ailleurs, les médecins interrogés sont 70% de francophones, 20% de néerlandophones et 10% de spécialistes. Cet article n'est basé sur aucune méthodologie sérieuse. Selon moi, nous nous trouvons face à un calcul sournois. Ce n'est pas nécessairement le fait des auteurs de l'étude mais toujours est-il que certains veulent mettre en doute la qualité des médicaments génériques. En réalité, le problème réside dans la manière dont ils sont prescrits. Vous avez donc eu raison de poser la question!

15.03 Josée Lejeune (MR) : Les boîtes des médicaments génériques se ressemblent, ce qui peut prêter à confusion. Le médecin et le pharmacien ont donc un rôle important à jouer en matière d'information.

15.04 Rudy Demotte, ministre (*en français*) : Une des clefs du problème se trouve au niveau de la coordination en matière de prescriptions.

L'incident est clos.

16 Question de Mme Magda De Meyer au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la problématique de l'épilation définitive" (n° 14573)

16.01 Magda De Meyer (sp.a-spirit) : L'épilation définitive au laser est une technique que les esthéticien(ne)s proposent déjà depuis plusieurs années. L'investissement nécessaire pour pouvoir proposer ce traitement dans un institut de beauté est très élevé : le prix d'un appareil au laser convenable pourvu d'un système de refroidissement atteint facilement 60 000 euros.

Un avis rendu par le Conseil supérieur de la santé stipule que les salons de beauté ne peuvent effectuer d'épilation au laser pour des raisons esthétiques que dans certaines conditions strictes. Ainsi, les personnes qui administrent le traitement doivent avoir suivi une formation agréée au maniement du laser, tandis que les appareils doivent répondre à des normes de qualité sévères. Pour l'heure, cet avis n'a pas encore été traduit dans la législation. Le ministre a-t-il l'intention de le faire à brève échéance ?

16.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Je suis parfaitement au courant de ce problème. L'avis émis récemment par le Conseil supérieur de la Santé correspond dans une large mesure à ma position sur le sujet. Mon administration examine pour l'heure quelles mesures réglementaires concrètes pourraient être prises.

16.03 Magda De Meyer (sp.a-spirit) : Voilà de bonnes nouvelles. Seules les esthéticiennes ayant suivi une formation reconnue et disposant des appareils adéquats pourront continuer à appliquer cette technique.

L'incident est clos.

17 Question de Mme Sabien Lahaye-Battheu au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le consentement en cas de don d'organes" (n° 14626)

17.01 Sabien Lahaye-Battheu (VLD) : Tout un chacun peut faire office de donneur après son décès sauf en cas d'opposition exprimée au préalable. Bien qu'ils n'y soient pas tenus légalement, les médecins demandent l'autorisation à la famille proche et se heurtent à un refus dans un cas sur six.

Les personnes qui souhaitent faire office de donneur après leur décès peuvent simplement se faire enregistrer à l'administration communale.

Le ministre juge-t-il nécessaire d'amender la loi et d'y stipuler explicitement que l'autorisation de la famille proche n'est pas requise ? Est-il prêt à prendre une initiative législative en ce sens ? Ne conviendrait-il pas d'organiser une campagne pour informer la population de la possibilité d'enregistrement ?

17.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : La loi du 13 juin 1986 sur la transplantation d'organes est fondée sur la présomption de consentement au don. Sauf si la personne décédée a fait opposition par la voie légale, a fait connaître son refus d'une autre manière ou si un proche en fait mention, le médecin peut donc partir du principe que la personne décédée consentait au don d'organes. La question n'est donc pas de savoir si les proches sont d'accord avec le don d'organes mais plutôt de savoir si la personne décédée y a ou non opposé son refus de son vivant. La difficulté réside dans le fait de savoir si l'avis rapporté par les proches est bien toujours réellement celui du défunt sur la question.

En France, une loi avait été votée qui prévoyait pour seule obligation du médecin à ce sujet de consulter le registre national. Cette loi a cependant soulevé un tollé général et fait beaucoup de bruit dans les médias et a finalement mené au résultat exactement inverse du but recherché. Une modification de la loi qui jetterait le discrédit sur le don d'organes ne semble donc pas opportune.

Les pouvoirs publics ont mis sur pied une vaste campagne d'information baptisée Beldonor. Les moyens mis en œuvre dans le cadre de cette campagne comptent un site web, des brochures et des affiches. En 19 mois, cette campagne a permis de doubler le nombre de donneurs. Mais nous poursuivons nos efforts pour faire mieux encore parce que la lutte contre la pénurie d'organes est un combat de longue haleine.

17.03 Sabien Lahaye-Battheu (VLD) : La consultation de la famille mène à la perte d'un nombre élevé de donneurs potentiels. Les médecins continuent à scrupuleusement respecter leur code de déontologie alors que la loi ne les y oblige pas. Il n'est peut-être pas opportun de modifier la loi mais à ce jour, les médecins en font plus que ne l'exige la loi.

On ne peut que se réjouir des très bons résultats de la campagne d'information mais des soirées d'information pourraient s'avérer plus efficaces encore que les brochures et pourraient permettre, je l'espère, de mobiliser un plus grand nombre de personnes encore.

L'incident est clos.

18 Question de Mme Sabien Lahaye-Battheu au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les expertises effectuées pour l'Institut d'expertise vétérinaire" (n° 14719)

18.01 Sabien Lahaye-Battheu (VLD) : Après la crise de la dioxine, les entreprises du secteur avicole devaient verser des cotisations à l'AFSCA pour la mise en œuvre des expertises. Le montant de ces cotisations augmente chaque année. Pas moins de quatre personnes différentes effectuent des contrôles quotidiens que les aviculteurs doivent financer. Plus l'entreprise de production est petite, plus la pression des contrôles et les coûts relatifs sont élevés.

Le ministre reconnaît-il l'existence du problème ? Les coûts pour les petites entreprises sont-ils encore

justifiés ? Des initiatives sont-elles envisagées pour comprimer les coûts ? Est-il exact que l'AFSCA serait disposée à réduire les cotisations si le secteur prend en charge une série de contrôles supplémentaires ? Ne s'agit-il pas également d'une question budgétaire, à savoir le financement de l'AFSCA ?

18.02 Rudy Demotte, ministre (*en néerlandais*) : Il est probable que les aviculteurs associent les contrôles à une charge financière supplémentaire. En réalité, aucun changement n'est intervenu par rapport au passé hormis le fait que les abattoirs de volaille peuvent désormais procéder à des inspections assistées par l'établissement, ce qui devrait réduire la présence des inspecteurs.

Dans les ateliers de découpe, la fréquence des inspections obligatoires est passée d'une par jour, comme imposé auparavant sur la base des règles européennes, à une seule par mois. Compte tenu des risques existants dans le secteur de la volaille, les contrôles actuels se justifient certainement.

En vertu du nouveau mode de financement de l'AFSCA, les frais afférents aux contrôles seront facturés aux demandeurs.

De nombreuses initiatives ont déjà été prises pour réduire le coût des contrôles. Ainsi, le tarif en vigueur pour les inspections a été diminué de 10 %. De plus, une mesure a été prise pour les petits abattoirs procédant à 1200 abattages de volaille par jour au maximum : pour l'inspection, seuls les coûts d'une heure sont facturés. Pour les ateliers de découpe, il a été décidé de ne plus passer tous les domaines de contrôle en revue à chaque visite. L'introduction, par l'exploitant, d'un système d'autocontrôle validé réduira de moitié le nombre d'inspections. Les bonnes performances seront donc effectivement récompensées.

Une estimation des risques est menée pour l'instant afin d'examiner la possibilité de réduire encore les fréquences elles-mêmes.

Grâce au bonus récompensant les systèmes d'autocontrôle efficaces, les entreprises ont fourni plus d'efforts que dans le passé.

Ceci a été prévu dans l'arrêté royal du 6 octobre 2006 relatif à l'expertise assistée par les entreprises.

Le *businessplan* de l'AFSCA prévoit le moyen de préserver la sécurité de la chaîne alimentaire au coût le plus bas possible. Lors de la création de l'Agence, le choix politique a été fait de répercuter à 100 % sur les opérateurs les coûts imputables des contrôles. Le financement de l'AFSCA est organisé sur cette base. Les opérateurs peuvent instaurer un système d'autocontrôle, ce qui réduit le nombre de contrôles que l'AFSCA doit effectuer.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 12 h 31.

De vergadering wordt geopend om 10.25 uur en voorgezeten door mevrouw Colette Burgeon.

01 Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van een levensnoodzakelijke bloedverdunner" (nr. 14237)

01.01 Maya Detiège (sp.a-spirit): In juli 2006 werd de minister reeds ondervraagd over de bloedverdunner Marevan, die sinds mei 2006 niet meer wordt terugbetaald. Dit geneesmiddel is van levensbelang voor naar schatting twintigduizend patiënten in België. De overschakeling naar een andere bloedverdunner veroorzaakt vaak aanpassingsproblemen. De minister antwoordde in juli dat hij op de hoogte was van dit probleem en dat hij het betreunde. Hij zou de mogelijkheden onderzoeken om Marevan opnieuw te laten terugbetalen.

Wat is de stand van zaken?

01.02 Minister Rudy Demotte (*Nederlands*): De producent Therabel heeft op mijn vraag ondertussen een aanvraag ingediend bij de commissie voor de terugbetaling van geneesmiddelen om Marevan opnieuw te laten terugbetalen. De goedkeuring ervan verscheen in het *Belgisch Staatsblad* in maart en Marevan wordt opnieuw terugbetaald sinds 2 april.

01.03 Maya Detiège (sp.a-spirit): Dat is zeer goed nieuws. Het probleem is dat een firma zelf kan beslissen of ze een aanvraag tot terugbetaling indient. Ik hoop dat we in de toekomst meer zullen kunnen doen dan druk uitoefenen op de bedrijven.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van de heer Joseph Arens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het sluiten van nieuwe overeenkomsten voor de behandeling met nCPAP in de provincie Luxemburg" (nr. 14340)

02.01 Joseph Arens (cdH): Het RIZIV stelt een beademingstoestel, het CPAP, ter beschikking van patiënten die lijden aan een ernstige vorm van het slaapapneu-syndroom. Dit toestel wordt ter beschikking gesteld via een overeenkomst. Op de dag van vandaag bestaat er echter geen enkel door het RIZIV goedgekeurd centrum in de provincie Luxemburg.

Wat is het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole over het voorstel van het college van geneesheren-directeurs om nieuwe CPAP overeenkomsten te sluiten?

Zullen die in de begroting 2007 worden vastgelegd?

Heeft het verzekeringscomité dit dossier onderzocht?

Denkt U een CPAP overeenkomst te creëren voor de provincie Luxemburg?

02.02 Minister Rudy Demotte (Frans): Het verzekeringscomité heeft in januari 2007 de typetekst van de nieuwe nCPAP overeenkomst ("nasal-continuous positive airway pressure") goedgekeurd, net als de typeteksten van twee andere overeenkomsten. Die overeenkomsten zouden voor 1 juli 2007 in werking treden.

Alle ziekenhuizen werden hierover ingelicht. Onder de 74 instellingen die hun kandidatuur hebben ingediend, zijn er drie instellingen uit Luxemburg. Ik verwacht dat er een instelling met een overeenkomst in Luxemburg zal gelegen zijn.

02.03 Joseph Arens (cdH): Zouden wij de namen kunnen krijgen van de drie instellingen uit Luxemburg die hun dossier hebben ingediend?

02.04 Minister Rudy Demotte (Frans): Ik zal ze opvragen. Voor het einde van de vergadering zal u de namen krijgen.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van de heer Joseph Arens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het grensoverschrijdend vervoer per ambulance" (nr. 14341)

03.01 Joseph Arens (cdH): In december 2004 heeft het Beneluxparlement een aanbeveling aangenomen waarbij de regeringen van de drie landen worden verzocht de ontwerpovereenkomst betreffende het grensoverschrijdend vervoer per ambulance zo spoedig mogelijk te ondertekenen.

Kan de dringende medische hulpverlening in een buurland thans geschieden zonder juridische, financiële of administratieve belemmeringen?

Bestaat er een overeenkomst betreffende de grensoverschrijdende samenwerking dienaangaande?

Zo neen, waarom werd zo'n akkoord nog altijd niet gesloten? Hoe zit het met situaties waarbij er geen sprake is van urgentie?

03.02 Minister Rudy Demotte (Frans): Er bestaan ter zake geen relevante statistieken omdat Belgische ambulances slechts heel zelden naar Luxemburg gaan en omgekeerd.

Maar ik heb onlangs ingestemd met de vraag dat de Belgische en de Luxemburgse administratie een overeenkomst zouden sluiten. Het Beneluxsecretariaat is bovendien bereid bij te dragen tot de lokale

informatieverstrekking en wil helpen om de ondertekening te vergemakkelijken.

U moet zich tot de Waalse regering wenden die bevoegd is inzake niet-dringend vervoer.

03.03 Joseph Arens (cdH): U bent voorstander van een overeenkomst tussen België en het Groothertogdom voor het dringend vervoer.

03.04 Minister Rudy Demotte (Frans): Ik heb geen bezwaar tegen een dergelijk akkoord en heb het nodige in die zin gedaan.

03.05 Joseph Arens (cdH): U bent er dus voor.

03.06 Minister Rudy Demotte (Frans): In niet-diplomatieke taal en zonder omwegen: ja.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van de heer Joseph Arens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van fibromyalgie" (nr. 14366)

04.01 Joseph Arens (cdH): Fibromyalgie wordt gekenmerkt door ernstige spierpijn. De aandoening heeft een progressief en evolutief karakter en valt erg moeilijk te diagnosticeren. U kondigde aan dat het verzekeringscomité van het RIZIV negen centra heeft aangeduid waarmee het een conventie zal afsluiten. Patiënten zullen er een diagnose kunnen laten stellen en raadgevingen krijgen over hun medische en sociale begeleiding. Hoe staat het met de erkenning van deze ziekte? Behandelen de chronische pijncentra ook patiënten met fibromyalgie? Hoe staat het met de conventies die het RIZIV met negen geselecteerde centra wil afsluiten? Ligt één van die centra in de provincie Luxemburg?

04.02 Minister Rudy Demotte (Frans): Het RIZIV erkent dat fibromyalgie een aandoening is die ernstige gevolgen voor de patiënten kan meebrengen.

De referentiecentra voor chronische pijn behandelen ook patiënten met fibromyalgie. Ik heb voor een doorgedreven specialisatie van de desbetreffende opleidingen gezorgd opdat deze ziekte beter zou kunnen worden gediagnosticeerd.

Ik kan bevestigen dat het verzekeringscomité een conventie heeft afgesloten met negen referentiecentra voor chronische pijn. Momenteel beschikt de provincie Luxemburg niet over zo'n referentiecentrum. De provincie Henegouwen evenmin, daar de ziekenhuizen in beide provincies onvoldoende ervaring konden voorleggen. Het verzekeringscomité heeft voor Luxemburg en Henegouwen evenwel bijkomende plaatsen voorbehouden voor referentiecentra die aan de vereisten voldoen, opdat de medische zorg die in dat soort centra wordt verstrekt overal in België voor de patiënt toegankelijk zou zijn.

In Vlaams-Brabant is er ook geen referentiecentrum. De inwoners van die provincie kunnen echter in de twee Brusselse centra terecht. We hebben ervoor gezorgd dat een aantal geneesmiddelen voor patiënten met fibromyalgie en chronische pijn tegen een voorkeurtarief worden terugbetaald.

04.03 Joseph Arens (cdH): Kan u me zeggen welk centrum het dichtst bij de provincie Luxemburg ligt?

04.04 Minister Rudy Demotte (Frans): Dat moet in de provincie Namen of Luik zijn, afhankelijk van waar men precies in Luxemburg woont.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van de heer Jo Vandeurzen aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het beroep op het Bijzonder Solidariteitsfonds bij nieuwe cardiologische technieken" (nr. 14565)

05.01 Jo Vandeurzen (CD&V): Door een aantal revolutionaire technieken is de invasieve cardiologie in een

stroomversnelling terechtgekomen, maar hierdoor ontstaan er ook financieringsproblemen. Ingrepen die vroeger buiten het operatiekwartier gebeurden en gefinancierd werden door erelonen, verschuiven naar het operatiekwartier en vallen dan ten laste van de pathologiefinanciering en het budget van financiële middelen. De gebruikte hulpmiddelen en materialen zijn zeer duur.

Het gaat onder meer om het plaatsen van hartkleppen bij kinderen met aangeboren hartafwijkingen. De kostprijs daarvan is zo hoog omdat het gaat om materialen die op maat en in een zeer kleine hoeveelheid worden vervaardigd, omdat het gaat om experimentele technieken en omdat de prijzen binnen de cardiologie altijd al excessief zijn geweest.

Vaak duurt het jaren vooraleer over terugbetaling kan worden gesproken.

Om een beroep te kunnen doen op het bijzonder solidariteitsfonds moet een aantal voorwaarden vervuld zijn. Het mag niet om experimentele technieken gaan, de prestatie of het materiaal mag niet voorkomen in de RIZIV-nomenclatuur en de behandeling mag niet op een andere manier dan zoals aangevraagd worden uitgevoerd. Vooral de voorwaarde betreffende het verbod op experimentele technieken zorgt voor problemen.

Erkent de minister deze evolutie? Hoe kan hierop een antwoord worden geboden?

05.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): De problematiek van de percutane plaatsing van hartkleppen is mij bekend.

Terugbetaling is slechts mogelijk als de ingrepen duur en zeldzaam zijn. Bovendien moeten gezaghebbende medische instanties de behandeling op gemotiveerde wijze aanduiden als aangewezen om de bedreiging van de vitale functies van de patiënt tegen te gaan en moet de medische verstrekking het experimentele stadium voorbij zijn en na een kosten-batenanalyse een duidelijke meerwaarde inhouden. Bij de technische geneeskundige raad van het RIZIV moet een aanvraag worden ingediend om de medische meerwaarde te evalueren of een tegemoetkoming te bekomen van de verstrekking.

De betrokken verzekeringsinstelling moet dus procedureel twee stappen ondernemen, een bij de technische raad voor implantaten en een bij het bijzonder solidariteitsfonds. Als de techniek gunstig onthaald wordt, doet het college van geneesheren-directeurs aan het verzekeringscomité bij het RIZIV een voorstel tot tegemoetkoming. Wanneer er groen licht wordt gegeven, is het mogelijk een tegemoetkoming te verlenen voor maximum twee jaar, lang genoeg om het RIZIV een structurele oplossing te laten vinden. Die procedure werd onlangs nog toegepast voor de laserbehandeling van wijnvlekken, die vanaf 1 maart 2007 in de gewone nomenclatuur werd opgenomen.

05.03 **Jo Vandeurzen** (CD&V): We moeten dus hopen op een snelle en soepele beslissing vanwege het RIZIV.

05.04 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Het is mijn ervaring dat aanvragen bij het bijzonder solidariteitsfonds snel worden behandeld. Het gaat hierbij wel om een innovatieve en dus zeldzame medische techniek.

Het incident is gesloten.

06 **Vraag van mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kankerverwekkende stof benzeen in frisdranken" (nr. 14574)**

06.01 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Volgens het Internationaal Agentschap voor Kankeronderzoek is benzeen een kankerverwekkende stof. Het is onder meer aanwezig in superbenzine en sigaretten. Dagelijks zouden we circa 200 µg van deze stof inademen. Ook in frisdranken werden al concentraties benzeen teruggevonden die twee tot zes keer hoger liggen dan wat door de Wereldgezondheidsorganisatie als veilig wordt beschouwd voor drinkwater. Een Brits onderzoek trof in 2006 in 30 procent van de onderzochte frisdrank stalen benzeen aan.

Het is nochtans technisch mogelijk frisdranken te produceren zonder benzeen. De vorming van benzeen in frisdranken is het gevolg van de combinatie van benzoëzuur en ascorbinezuur of vitamine C. Het reactieproces wordt nog versterkt door factoren als zuurgraad, temperatuur en licht. Suiker remt de chemische reactie dan weer af, zodat de kans op benzeenvorming groter wordt bij zogenaamde *light* frisdranken.

Testen in ons land hebben uitgewezen dat er in drie van de achttien geteste frisdranken concentraties werden aangetroffen die de Belgische referentienorm voor drinkwater - 1 µg per kg - overschrijden. Er is echter geen reden tot paniek omdat men al enorme hoeveelheden van die frisdrank moet gebruiken om de dosis benzeen te overtreffen die we dagelijks inademen. Toch blijft benzeen hoe dan ook een kankerverwekkende stof en moet de overheid er alles aan doen om de concentraties zo laag mogelijk te houden. Een aantal frisdrankproducenten is al volop bezig met experimenten via het toevoegen van niet-kankerverwekkende alternatieven.

Zal de minister een initiatief nemen om de aanwezigheid van benzeen in frisdranken strikt te beperken?

06.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Ik ben op de hoogte van deze problematiek. Ik wijs erop dat de concentraties toch nog altijd heel laag liggen. Het is vanzelfsprekend de bedoeling dat dit ook zo blijft. Ik heb mijn diensten dan ook de opdracht gegeven om de zaak op de voet te volgen. Op Europees vlak werden er al heel wat vergaderingen aan deze problematiek gewijd. Europa hanteert voorlopig nog altijd een eenvoudige, niet-officiële norm: frisdranken die meer dan 10 µg /kg bevatten zijn verboden, alles wat onder deze norm ligt, is toegelaten. In ons land heeft mijn administratie op regelmatige basis contact met de frisdrankindustrie om de concentraties aan benzeen zo veel mogelijk te beperken. Het spreekt vanzelf dat de invoering van een eenvormige en officiële Europese norm het ons makkelijker zou maken een en ander strikt te regelen.

06.03 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Het is dus wachten op de officiële Europese norm?

06.04 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Inderdaad. Ondertussen zitten we in ons land niet stil en wordt er volop vergaderd met de producenten om concentratiedrempels af te spreken.

06.05 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Worden producenten die de norm van 10 µg/kg overschrijden, aangepakt?

06.06 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Er bestaat hiervoor nog geen wettelijke basis. Men mag niet uit het oog verliezen dat op Europees vlak niet alleen de gezondheidszorg maar ook de concurrentieregelgeving speelt.

06.07 **Maya Detiège** (sp.a-spirit): Ik betreur dat ook in duidelijke aangelegenheden van gezondheidszorg die concurrentieregels een rol spelen.

06.08 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Zo zit Europa nu eenmaal in elkaar. Gezondheidszorg is een subsidiaire aangelegenheid, waarvoor de lidstaten instaan. Er is nood aan een duidelijke en eenvormige Europese norm, om te vermijden dat de indruk van willekeur wordt gewekt en de producenten andere normen moeten hanteren al naargelang van het land waar de drank op de markt wordt gebracht.

Het incident is gesloten.

06.09 **Maya Detiège** (sp.a-spirit) (*Frans*): Ik heb nog een vraag over de "LEIF-artsen". Het betreft punt 43 van de agenda.

De **voorzitter**: Mag die worden uitgesteld, gelet op de afwezigheid van mevrouw Avontroodt?

06.10 **Maya Detiège** (sp.a-spirit) (*Frans*): Het maakt haar niets uit of ik vandaag een antwoord krijg.

De **voorzitter**: Ik zit met de zaak verveeld, want mevrouw Avontroodt had haar vraag eerst ingediend.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gevaren van sommige vitamines" (nr. 14458)

07.01 Colette Burgeon (PS): Uit een analyse van de resultaten van verscheidene studies die in *The Journal of the American Medical Association* werd gepubliceerd, blijkt dat de inname van vitaminen A en E-supplementen en bètacaroteen het mortaliteitsrisico zou kunnen doen toenemen. Welke lessen trekt u daaruit? Lijken die studies u betrouwbaar? Zou men de gebruikers van dergelijke producten niet moeten waarschuwen via een aangepaste etikettering?

07.02 Minister Rudy Demotte (Frans): Oxydatieve stress speelt een rol in de ontwikkeling van chronische ziektes en met name van kanker. De wetenschappers hebben dus logischerwijze getracht om deze vorm van stress te bestrijden door het gebruik van anti-oxydanten. Talloze studies hebben dit proberen te realiseren maar de resultaten zijn in het algemeen eerder teleurstellend.

U verwijst naar een publicatie die in februari is verschenen in het tijdschrift "Journal of the American Medical Association" waarin gewag gemaakt wordt van 68 studies die geleid hebben tot 400 publicaties. In deze meta-analyse wordt noch het nemen van vitamine C noch van selenium in vraag gesteld.

Het risico verbonden aan vitamine E blijft marginaal. Het risico verbonden aan betacaroteen is nauwelijks hoger.

Toch moeten we aandachtig zijn voor dit laatste punt. Caroteen is de voorloper van vitamine A. Het is echter juist die vitamine A die nu onder vuur ligt. Het verhoogd risico dat zij met zich meebrengt is op statistisch vlak veel duidelijker en betrouwbaarder.

Die studies zijn onderhevig aan bepaalde beperkingen die inherent zijn aan die van een analyse van uiteenlopende gegevens. De auteurs van het artikel zijn zich er terdege van bewust en melden dit ook in hun tekst. Toch bevestigt dit onderzoek dat vitamine A en E-houdende supplementen die in hoge dosis worden toegediend geen enkel nut hebben. We kunnen echter niet met zekerheid stellen dat ze nefast zijn.

Het Federaal Geneesmiddelenagentschap verlaagt op dit moment systematisch het gehalte aan vitamine A in vitaminehoudende samenstellingen.

Officiële instanties hebben reeds herhaaldelijk gewaarschuwd voor het gebruik van met megavitaminen verwante voedingssupplementen.

De voedingswaarde-etikettering van verrijkte voedingsmiddelen beperkt de vitaminebijdrage. Voor vitamine A moet de bijdrage minder dan 15 procent bedragen van een gehalte dat is vastgelegd op 2.700 eenheden en mag het in geen geval meer dan 4.000 eenheden bedragen om te kunnen spreken van verrijking. De Hoge Raad voor Hygiëne oordeelt dat er pas een toxische grens wordt bereikt bij een minimale dagelijkse inname van 7.500 eenheden. In de publicatie die mevrouw Burgeon citeerde hadden de onderzochte personen gemiddeld meer dan 20.200 vitamine-eenheden per dag ingenomen.

De vragen die mevrouw Burgeon heeft gesteld gaan over een materie die nauwlettend wordt opgevolgd op Belgisch en Europees niveau.

07.03 Colette Burgeon (PS): Toch moeten we blijven waarschuwen. We moeten de mensen duidelijk maken dat bij een natuurlijke inname van vitaminen door een evenwichtige voeding die vitaminesupplementen compleet overbodig zijn, behalve voor wie lijdt aan een bijzondere ziekte waardoor vitaminen niet opgeslagen worden.

De mensen moeten worden ingelicht. Ik kan u enkel maar aanmoedigen om ze te waarschuwen.

07.04 Minister Rudy Demotte (Frans): De inname van vitaminen moet beantwoorden aan een behoefte en er moet een diagnose zijn gesteld. Een gezonde voeding vormt inderdaad de basis voor een goede gezondheid.

De burgers moeten zich ervan bewust zijn dat zij er belang bij hebben niet aan zelfmedicatie te doen of hun

voedingspatroon niet zelf bij te sturen, want dat kan schadelijk zijn voor de gezondheid.

Voorts moet men voorzichtig zijn met de diverse internationale studies. Zij maken niet noodzakelijk een onderscheid tussen de vitaminecocktails. De aard van die cocktails en de periodes gedurende welke zij worden ingenomen zijn zeer uiteenlopend. Ik voeg er nog aan toe dat ook de doelgroepen heel sterk variëren.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van mevrouw Colette Burgeon aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "overdraagbare spongiforme encefalopathie" (nr. 14459)

08.01 Colette Burgeon (PS): Het eerste geval voor 2007 van overdraagbare spongiforme encefalopathie (TSE) werd onlangs vastgesteld bij een schaap van een landbouwer uit de streek van Waimes in de provincie Luik.

Nadat onlangs in Frankrijk gevallen van TSE werden vastgesteld, heeft Europa zijn opsporingscampagne aangepast.

Waaruit bestaat die aanpassing? Wat impliceert ze voor ons land? Wat zijn de gevolgen voor de controles door het FAVV? Mag schapenvoer dierlijk meel bevatten?

Zo ja, waarom? Bestaat er dan geen gevaar voor besmetting van de voedselketen?

08.02 Minister Rudy Demotte (Frans): Overdraagbare spongiforme encefalopathie is de generische benaming voor de ziekten die ontstaan als gevolg van pathologische wijzigingen van de vorm van bepaalde proteïnen die prionen worden genoemd.

Wat TSE betreft, treft de zogeheten klassieke draaiziekte maar ook de draaiziekte veroorzaakt door atypische prionstammen schapen en geiten. BSE is een specifieke runderziekte.

De belangrijkste vormen van BSE bij de mens zijn de ziekte van Creutzfeldt-Jakob, CJD, en haar variant, vCJD. Die laatste wordt door BSE op de mens overgedragen. Rekening houdend met de gevoeligheid van schapen en geiten voor experimentele infectie door BSE, vermoedden de wetenschappers al lang dat sommige gevallen van draaiziekte in feite gevallen van BSE zijn.

Door de tests ter differentiatie van prionstammen heeft men in januari 2005 een eerste geval van BSE bij een geit in Frankrijk kunnen bevestigen.

Verordening nr. 1.041/2006 van de Europese Commissie van 7 juli 2006 legt een versterkt toezicht op inzake overdraagbare spongiforme encefalopathiën bij schapen.

Voor België houdt dit de opsporing via een snelle test in het slachthuis in van alle schapen van 18 maanden en ouder alsook van minstens 3000 schapen van 18 maanden en ouder per jaar in het vilbeluik. Bovendien wordt er systematisch een bijkomend onderzoek uitgevoerd op de positieve TSE-gevallen via een moleculaire differentiatietest die toelaat het onderscheid te maken tussen draaiziekte en BSE.

Het toezicht op dieren die klinische tekenen vertonen en op geïnfecteerde kuddes blijft ook van kracht.

Dankzij al deze maatregelen kan de prevalentie van TSE, en in het bijzonder van BSE, bij schapen worden gepreciseerd.

In Europa zijn dierlijke melen sinds 2001 niet meer toegestaan in het voedsel van dieren die bestemd zijn voor de productie van voedingsmiddelen.

Bovendien worden alle weefsels van dieren die drager kunnen zijn van prionen ingezameld als stoffen van categorie 1 in de zin van verordening 1.774/2002 van het Europees Parlement en de Raad van 3 oktober 2002. Zij worden vervolgens behandeld in een door de regionale overheid erkende verwerkingsfabriek en ze worden geëlimineerd als afval via coverbranding in de verbrandingsfabrieken.

Deze maatregelen beperken dus aanzienlijk de besmettingsrisico's van de voedselketen.

Het incident is gesloten.

09 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Yolande Avontroodt aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het verplichte tweede consult bij een euthanasieverzoek" (nr. 14845)
- mevrouw Maya Detiège aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de registratie en de vergoeding van LEIFartsen" (nr. 14993)

09.01 Maya Detiège (sp.a-spirit): Na de goedkeuring van de euthanasiewet in 2003 werden de projecten LEIF aan Nederlandstalige zijde en FORUM EOL aan Franstalige kant in het leven geroepen. De LEIF- en EOL-artsen zijn specialisten die andere artsen bijstaan bij beslissingen over het levenseinde.

Hoewel een tweede – en voor niet-terminale patiënten een derde – consult verplicht is, wordt dit consult niet vergoed. Het merendeel van de consultaties gebeurt dus vrijwillig, wat niet houdbaar is.

In Nederland loopt een soortgelijk project van SCEN-artsen. Dankzij dit project is er in Nederland ondertussen een grote datacollectie rond euthanasie voorhanden. Een SCEN-arts krijgt voor een consult een vergoeding van 280 euro. Hij moet ook een gedetailleerd registratierapport indienen. Het SCEN-project krijgt jaarlijks 300.000 euro overheidssteun, het LEIF-project heeft tweemaal 20.000 euro ontvangen.

Kan de minister ervoor zorgen dat LEIF en EOL-artsen ook hier een vergoeding krijgen voor een tweede of derde consult, eventueel gekoppeld aan het indienen van een registratierapport?

Voorzitter: mevrouw Josée Lejeune.

09.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Er bestaat geen specifiek nomenclatuurnummer met betrekking tot euthanasie. De technische geneeskundige raad van het RIZIV is ook niet bezig met deze zaak. Wel kunnen de nomenclatuurnummers voor de huisbezoeken van huisartsen of algemeen geneeskundigen met verworven rechten worden gebruikt. Ook bestaan er specifieke nummers met betrekking tot palliatieve patiënten. De huisartsen of algemeen geneeskundigen met verworven rechten kunnen een geneesheer-specialist om een consult bij de zieke thuis vragen.

Er zijn twee elementen die moeten worden onderzocht: de objectivering van de bedragen voor een consult en het respect voor de vertrouwelijkheid van de raadplegingen. Een nomenclatuurnummer heeft het nadeel dat de raadpleging kan worden geïdentificeerd. Rekening houdend met deze elementen, ben ik bereid verder te onderzoeken hoe er in vergoeding voor deze vorm van zorgverstrekking kan worden voorzien.

09.03 Maya Detiège (sp.a-spirit): Ik ben blij dat de minister voorstander is van een vergoeding. Ik wacht dus op een initiatief van hem.

Het incident is gesloten.

10 Vraag van mevrouw Annelies Storms aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de aanwezigheid van dovertolken in grote ziekenhuizen" (nr. 14631)

10.01 Annelies Storms (sp.a-spirit): Volgens de wet op de patiëntenrechten moet de communicatie met een patiënt in een duidelijke taal gebeuren. De Federatie van Vlaamse Dovenorganisaties wijst er echter op dat de communicatie met dove patiënten erg problematisch is. Een oplossing kan worden gevonden in de uitbreiding van het systeem van intercultureel bemiddelaar tot dove mensen. Ook zouden grote ziekenhuizen een vaste tolk kunnen aannemen.

Heeft de minister kijk op de huidige situatie? Welke initiatieven kan hij nemen om dit probleem aan te pakken? Naar aanleiding van een vraag van Helga Stevens in het Vlaams Parlement heeft minister Vervotte beloofd de zaak te bespreken op een interministeriële conferentie. Is dat al gebeurd?

10.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): In het kader van het KB over interculturele bemiddeling kunnen ziekenhuizen een aanvraag indienen bij de FOD Volksgezondheid als ze een beroep willen doen op

een doventolk. Tot nu toe zijn er maar twee instellingen die dat hebben gedaan, waarschijnlijk omdat er niet veel vraag is naar doventolken.

Het opstarten van een poule voor doventolken zou een oplossing kunnen zijn. Een doventolk met een vaste standplaats zou zo opgeroepen kunnen worden door een ander ziekenhuis. De verplaatsing en het tijdverlies kunnen echter een obstakel vormen. Een andere mogelijkheid is het tolken via een videoconferentie, wat nu reeds gebeurt in de VS.

Deze problematiek werd niet op de agenda geplaatst van de interministeriële conferentie en er is dus nog geen overleg gepleegd met de Gewesten. Tussen maart 2005 en april 2007 heb ik hierover ook geen klachten ontvangen.

10.03 Annelies Storms (sp.a-spirit): Ik ben tevreden dat het via het KB over interculturele bemiddeling mogelijk is om een doventolk aan te stellen. Ik zal over dit thema met mevrouw Stevens proberen samen te werken over de partijgrenzen heen. De twee denkpistes die de minister aanbrengt, zijn zeker de moeite waard om te onderzoeken. Ik zal daarover ook een reactie vragen aan de Vlaamse Federatie van Doven.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van mevrouw Annelies Storms aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het klachtenrecht van patiënten" (nr. 14632)

11.01 Annelies Storms (sp.a-spirit): Volgens de patiëntenrechtenwet heeft elke patiënt het recht om een klacht in te dienen bij een ombudsdienst. Als de patiënt niet in staat is om zijn rechten uit te oefenen, kan dit klachtrecht uitgeoefend worden door iemand anders. De gezondheidswet van 13 december 2006 bepaalde dat er geen volgorde meer gerespecteerd moet worden tussen de mogelijke vertegenwoordigers van de wilsonbekwame patiënt, maar wie een wilsonbekwame patiënt mag vertegenwoordigen, moet nog in een KB worden vastgelegd.

Op 4 april 2006 diende ik een wetsvoorstel in dat eveneens het cascadesysteem bij die vertegenwoordigers wilde doorbreken. Tevens stelde ik voor om ook de meerderjarige kinderen als vertegenwoordiger te kunnen laten optreden. Uit het jaarverslag 2004 van de Nederlandstalige ombudsman bleek namelijk dat de partner van een wilsonbekwame patiënt zijn of haar klachtrecht vaak niet gebruikt, terwijl kinderen vaak steviger in hun schoenen staan.

Ook stelde ik voor om het klachtrecht uit te breiden naar nabestaanden van een overleden patiënt. Dat kan van belang zijn voor het rouwproces en het wordt ondersteund door de Nederlandstalige en Franstalige ombudsman, zoals blijkt uit hun jaarverslag 2004. In Nederland bestaat deze mogelijkheid al.

Welke vertegenwoordigers zal de minister aanduiden om het klachtrecht uit te oefenen? Is het KB al uitgewerkt en wanneer zal het gepubliceerd worden? Hoe staat de minister tegenover mijn voorstel om het klachtrecht uit te breiden naar nabestaanden?

11.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Het KB is reeds uitgewerkt, het werd goedgekeurd door de Ministerraad en kreeg een positief advies van de Raad van State. Het bepaalt dat de samenwonende partner en de meerderjarige kinderen het klachtrecht voor de wilsonbekwame patiënt mogen uitoefenen. Het KB zal nog deze maand worden gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*.

Het recht op inzage van de nabestaanden in de medische dossiers van een overledene wordt in de wet zeer restrictief omschreven, omwille van de privacy van de patiënt. Een regeling voor het klachtrecht voor de nabestaanden moet daarom de nodige garanties bieden. Deze problematiek verdient de nodige aandacht en ik zal daarom het advies vragen van de commissie voor de Rechten van de Patiënt.

11.03 Annelies Storms (sp.a-spirit): Ik ben erg tevreden dat het KB er komt en dat ook de meerderjarige kinderen het klachtrecht kunnen uitoefenen in de plaats van een wilsonbekwame patiënt. Ook ben ik tevreden dat de minister het advies zal vragen aan de commissie voor de Rechten van de Patiënt over een uitbreiding van het klachtrecht naar de nabestaanden.

Het incident is gesloten.

12 Vraag van mevrouw Annelies Storms aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het klachtenrecht van patiënten tegen ambulante zorgverstrekkers" (nr. 14633)

12.01 Annelies Storms (sp.a-spirit): In *De Huisarts* schreef professor Herman Nys onlangs dat hij zich zorgen maakt over het klachtrecht van patiënten tegen ambulante zorgverstrekkers. In principe kunnen patiënten een klacht indienen bij de ombudsdienst van de commissie voor de Rechten van de Patiënt, maar de drempel om effectief een klacht in te dienen is te hoog. Er werden nog maar zeer weinig klachten ingediend. De drempel voor inwoners van RVT's is zelfs nog hoger. Bovendien zijn de RVT's een bevoegdheid van de Gemeenschappen. Professor Nys stelt voor om ook de mogelijkheid te geven aan patiënten om een klacht in te dienen bij de ombudsdienst van een ziekenhuis of bij het OCMW.

Slechts weinig patiënten zijn op de hoogte van het klachtrecht. Daarom diende ik op 6 oktober 2005 een wetsvoorstel in met als doel de patiënten beter te informeren over hun rechten, door middel van onder meer het ophangen van informatie in de spreekkamers van ambulante zorgverstrekkers.

Hoeveel klachten over ambulante zorgverstrekkers en over zorgverstrekkers in RVT's zijn er in 2006 ingediend bij de commissie voor de Rechten van de Patiënt? Erkent de minister dat de drempel om een klacht in te dienen te hoog is en zal hij maatregelen nemen? Wat vindt de minister van het voorstel van professor Nys? Zou het mogelijk zijn om in samenwerking met de Gemeenschappen een lokale ombudsdienst voor RVT's op te richten? Is de patiëntenrechtenwet volgens de minister voldoende bekend of zal hij maatregelen nemen om de wet beter bekend te maken?

12.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Ik beschik momenteel nog niet over de registratiegegevens van de federale ombudsdienst voor 2006. Het jaarverslag moet volgens het KB voor het einde van april 2007 klaar zijn. Dan zal ik de gevraagde informatie doorgeven.

De federale ombudsdienst beschikt over een rechtstreeks telefoonnummer waarop een antwoordapparaat aangeeft wanneer hij telefonisch te bereiken is. Er is ook een nieuwe promotiecampagne gepland volgende maand. Na deze campagne zal de werking van de ombudsdienst worden geëvalueerd. Dan zal ook de discussie worden gevoerd over de mogelijkheid om ambulante patiënten een klacht te laten indienen bij lokale ombudspersonen, ziekenhuizen of OCMW's. In het kader van de interministeriële conferentie zullen de bevoegdheden van de ombudspersonen mogelijk worden uitgebreid; dit geldt ook voor klachten over OCMW's en rustoorden.

De wet op de patiëntenrechten is alleszins nog te weinig bekend. Dit is ook zo voor de mogelijkheid om contact op te nemen met de federale ombudsdienst. Tijdens de komende campagne zal er dan ook zeer veel informatie gestuurd worden naar bibliotheken, sociale diensten, ziekenfondsen, patiëntenverenigingen, ziekenhuizen en rusthuizen.

12.03 Annelies Storms (sp.a-spirit): Wij zijn alleszins zeer blij met de nieuwe campagne. De evaluatie van het systeem zal wellicht door een andere regering moeten gebeuren.

Het incident is gesloten.

13 Vraag van de heer Servais Verherstraeten aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van de verplichte bijdragen aan het Fonds voor de gezondheid en de productie van de dieren" (nr. 14281)

13.01 Servais Verherstraeten (CD&V): Er lopen verschillende rechtszaken tussen de Belgische Staat en diverse slachthuizen over de terugbetaling van ten onrechte geïnde bijdragen aan het fonds voor de gezondheid en de productie van dieren.

Hoeveel effectieve veroordelingen heeft de Belgische Staat ondertussen opgelopen? Over welke bedragen gaat het in hoofdsom? Welke bedragen werden tot op heden terugbetaald? Welke bedragen moeten nog terugbetaald worden en binnen welke termijn? Hoeveel verwijlinteresten, gerechtelijke interesten en gerechtskosten zijn er tot op heden betaald en hoeveel worden er nog verwacht? Welke sommen werden reeds uitbetaald aan ereloon en wat wordt er nog verwacht? Wat is de reden voor het uitblijven van betalingen nadat er uitvoerbare beslissingen zijn getroffen? In welke bedragen voorziet de begroting van 2007? Zullen deze bedragen volstaan? Zal er in het kader van de begrotingscontrole voorzien worden in bijkomende bedragen? Zo ja, hoeveel?

13.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): De Ministerraad heeft op 24 februari 2006 beslist om de ten onrechte geïnde bedragen van het fonds voor de gezondheid en productie van dieren terug te betalen.

In eerste instantie moeten de uitvoerbare titels uitgevoerd worden. Vervolgens wordt er zoveel mogelijk met dadingen gewerkt om dossiers af te sluiten. Om tot een dading te komen, werden er verschillende voorwaarden opgelegd. De zaken moeten ingeleid zijn voor 1 januari 2002 en de terugbetalingsperiode moet 1988 tot 1996 zijn. Verder moet er een vrijwaringsclausule ingebouwd worden om dubbele betaling te vermijden.

De Belgische Staat heeft dertien veroordelingen opgelopen met uitvoerbare titels, waarvan er nog twee moeten worden betaald. Het gaat om een totaal van 29.622.017 euro. De gerechtskosten bedragen 52.958 euro en de rechtsplegingvergoeding 7041 euro. Tot op heden werden er 59 dadingen afgesloten voor een totaalbedrag van 33 miljoen euro.

De in 2004, 2005 en 2006 aangerekende erelonen belopen 628,18 miljoen euro. De toekomstige kosten zijn moeilijk in te schatten. De begroting van 2007 voorziet in een bedrag van 40 miljoen euro, wat zou moeten volstaan om alle dossiers van voor 1 januari 2002 in te leiden en af te handelen.

13.03 **Servais Verherstraeten** (CD&V): De minister heeft niet geantwoord op de vraag betreffende de verwijlinteresten, gerechtelijke interesten en gerechtskosten.

De indruk blijft dat het om fenomenale bedragen gaat, om een explosie van kosten die had kunnen vermeden worden als men efficiënter had gehandeld.

Het incident is gesloten.

14 **Vraag van de heer Carl Devlies aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de niet-geordonnanceerde kredieten op 31 december 2006" (nr. 14931)**

14.01 **Carl Devlies** (CD&V): Deze mondelinge vraag is de omzetting van de schriftelijke vragen 569 en 911 die onbeantwoord bleven.

Wat was het bedrag van de binnengekomen facturen waarvoor op 31 december 2006 nog geen ordonnanciering gebeurde bij de administraties en de instellingen onder de bevoegdheid van de minister? Om hoeveel facturen gaat het en op welke datum werden ze opgemaakt? Waarom bleef de ordonnanciering uit? Had dit te maken met de onderbenutting van kredieten zoals opgelegd door het ankerprincipe of waren de ordonnancieringskredieten ontoereikend? In het laatste geval, wat was hiervan de oorzaak?

14.02 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Op 31 december 2006 was het bedrag aan niet-betaalde facturen voor de niet-geordonnanceerde kredieten 3,6 miljoen euro bij de FOD Sociale Zekerheid. Het ging om 2800 facturen. De reden voor het niet betalen is enkel en alleen de onderbenutting van de kredieten, zoals opgelegd door het ankerprincipe. Bij de openbare instellingen van de sociale zekerheid is er geen vertraging bij de betaling van de facturen.

14.03 **Carl Devlies** (CD&V): De minister had het over niet betaalde facturen, mijn vraag ging over niet-geordonnanceerde facturen.

14.04 Minister **Rudy Demotte** (*Nederlands*): Ik denk dat we het over hetzelfde hebben.

Het incident is gesloten.

15 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de generische geneesmiddelen" (nr. 14661)

15.01 Josée Lejeune (MR): Generische geneesmiddelen doen tal van vragen rijzen, met name over hun kwaliteit, de terugbetaling ervan, de matige belangstelling van de patiënten of nog de weerslag van het gebruik ervan op de begroting.

Dit alles leidt tot verwarring en zelfs ongelukken, vooral bij ouderen. Die toestand, die besparingen in de gezondheidszorg moest mogelijk maken, zal de patiënten en het RIZIV uiteindelijk veel meer kosten. Hoe kunnen we de terugbetaling van generische geneesmiddelen bevorderen?

Wat is de balans van de promotiecampagnes die in 2004 werden opgestart?

Wordt er overleg gepleegd tussen de medische en farmaceutische sectoren en wat is het resultaat daarvan? Ware het niet interessant om een wetenschappelijke studie aan dit onderwerp te wijden?

15.02 Minister Rudy Demotte (Frans): Een correcte voorlichting van de patiënt is cruciaal voor het oordeelkundig gebruik van elk geneesmiddel en dus ook van een generisch product. De arts en de apotheker spelen ter zake een essentiële rol.

Het Franse geneesmiddelenagentschap heeft onlangs een rapport gepubliceerd dat stelt dat er geen elementen zijn die doen veronderstellen dat generische geneesmiddelen een probleem van volksgezondheid zouden doen rijzen. Met betrekking tot de informatiecampagnes inzake generische geneesmiddelen dient de aandacht van de gezondheidswerkers nog meer gevestigd te worden op de informatieve aspecten. Er bestaat al een officieel project voor de evaluatie van het gebruik van generische geneesmiddelen. Het betreft echter geen wetenschappelijke studie stricto sensu.

Het Belgisch Centrum voor Geneesmiddelenbewaking voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik (BCGH) heeft tot taak inlichtingen betreffende de ongewenste effecten van geneesmiddelen in te zamelen en te evalueren. De Fédération nationale des pharmaciens syndiqués (FNPS) zal een systeem van actieve geneesmiddelenbewaking uitwerken. Dat project zal in samenwerking met het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid worden gerealiseerd. Bovendien onderhoudt de FNPS contacten met Test-Aankoop met het oog op een samenwerking in het kader van een project voor een contactpunt inzake geneesmiddelen.

De studie waarvan sprake in het artikel van 'MedMedica' is aanvechtbaar vermits er geen enkele bron wordt vermeld. Bovendien zijn zeventig procent van de ondervraagde artsen Franstaligen, twintig procent Nederlandstaligen en tien procent specialisten. Dat artikel is op geen enkele ernstige methodologie gestoeld. Volgens mij is dit een geniepige poging om de kwaliteit van generische geneesmiddelen ter discussie te stellen. Sommigen – daarom echter niet noodzakelijk de auteurs van die studie – hebben inderdaad die bedoeling. Het probleem wordt eigenlijk veroorzaakt door de manier waarop die geneesmiddelen worden voorgeschreven. Uw vraag is dan ook terecht!

15.03 Josée Lejeune (MR): De verpakkingen van generische geneesmiddelen lijken sterk op elkaar, wat tot verwarring kan leiden. De arts en de apotheker spelen dus een belangrijke rol bij de informatieverstrekking.

15.04 Minister Rudy Demotte (Frans): De crux is onder andere de coördinatie van de medische voorschriften.

Het incident is gesloten.

16 Vraag van mevrouw Magda De Meyer aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het probleem van de permanente ontharing" (nr. 14573)

16.01 Magda De Meyer (sp.a-spirit): Permanente ontharing is een techniek die al jarenlang door schoonheidsspecialisten wordt uitgeoefend. De investering om deze behandeling in het schoonheidsinstituut aan te kunnen bieden is heel hoog: de prijs van een degelijk laserapparaat met koelingskop loopt al gauw op tot circa 60.000 euro.

De Hoge Gezondheidsraad zegt in een advies dat schoonheidssalons alleen onder strikte voorwaarden laserepilatie om esthetische redenen mogen uitvoeren. Zo moet er een erkende opleiding gevolgd worden om met de laser te kunnen omgaan en moet de apparatuur voldoen aan hoge kwaliteitsnormen. Tot dusver werd dit advies nog niet in regelgeving omgezet. Is de minister van plan dit binnenkort te doen?

16.02 Minister **Rudy Demotte** (Nederlands): Ik ben zeer goed op de hoogte van deze problematiek. Het recent uitgebrachte advies van de Hoge Gezondheidsraad komt grotendeels overeen met mijn standpunt ter zake. Het wordt momenteel door mijn administratie onderzocht om na te gaan welke concrete regelgevende maatregelen kunnen worden genomen.

16.03 **Magda De Meyer** (sp.a-spirit): Dat is goed nieuws. Alleen de schoonheidsspecialisten die een erkende opleiding gevolgd hebben en met degelijke apparatuur werken, zullen deze techniek nog mogen toepassen.

Het incident is gesloten.

17 **Vraag van mevrouw Sabien Lahaye-Battheu aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toestemming bij orgaandonatie" (nr. 14626)**

17.01 **Sabien Lahaye-Battheu** (VLD): Iedereen kan na overlijden als donor dienen, behalve als er verzet werd geuit. Artsen vragen de toestemming aan verwanten, hoewel ze dat wettelijk niet moeten, en dat leidt in één op zes gevallen tot een weigering.

Wie als donor wil fungeren na zijn dood kan dat simpelweg op het gemeentehuis laten registreren.

Acht de minister het wenselijk om de wet te amenderen en er expliciet in te zetten dat de toestemming van de verwanten niet nodig is? Is de minister bereid tot een wetgevend initiatief daartoe? Moet er geen informatiecampagne komen waardoor de registratiemogelijkheid bekend raakt bij de bevolking?

17.02 Minister **Rudy Demotte** (Nederlands): De wet van 13 juni 1986 op de orgaantransplantatie is gebaseerd op het vermoeden van toestemming. De arts mag van toestemming uitgaan tenzij de overledene zelf verzet heeft aangetekend via de wettelijke weg, de overledene zijn verzet op een andere manier kenbaar heeft gemaakt of als er verzet wordt gemeld door een nabestaande. De vraag is dus niet of de nabestaande met de donatie akkoord gaat, maar of de overledene bij leven zijn verzet heeft uitgesproken. De moeilijkheid is dan te weten of de nabestaande wel uit de naam van de overledene spreekt.

In Frankrijk werd ooit een wet van kracht waardoor enkel het rijksregister door artsen moest worden geconsulteerd. Die wet veroorzaakte een storm van protest en veel heisa in de media. Men heeft er precies het tegenovergestelde mee bereikt dan waar het om te doen was. Een aanpassing van de wet is dus niet opportuun om de orgaandonatie niet in diskrediet te brengen.

De overheid heeft een uitgebreide informatiecampagne opgezet onder de naam Beldonor. Er is een website en er zijn folders en affiches. De campagne heeft in 19 maanden tijd tot een verdubbeling van het aantal doneren geleid. We proberen nog beter te doen omdat de strijd tegen het gebrek aan organen een werk van lange adem is.

17.03 **Sabien Lahaye-Battheu** (VLD): De raadpleging van de familie leidt tot het verlies van een groot aantal potentiële donoren. De artsen hanteren een deontologische code hoewel ze dat volgens de wet niet moeten. De wet aanpassen is misschien niet opportuun, maar artsen doen nu meer dan de wet van ze eist.

Het is goed dat de informatiecampagne zo goed werkt. Misschien zijn infoavonden nog efficiënter dan brochures. Ik hoop dat nog meer mensen gemobiliseerd kunnen worden.

Het incident is gesloten.

18 Vraag van mevrouw Sabien Lahaye-Battheu aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de keuringen voor het Instituut voor Veterinaire Keuring" (nr. 14719)

18.01 Sabien Lahaye-Battheu (VLD): Na de dioxinecrisis moesten bedrijven in de pluimveesector bijdragen betalen aan het FAVV voor keuringen. Die bijdragen worden elk jaar hoger. Controles gebeuren dagelijks en door wel vier verschillende mensen, wat allemaal gefinancierd moet worden door de pluimveehouders. Hoe kleiner het productiebedrijf, hoe groter de controledruk en hoe hoger de relatieve kosten.

Erkent de minister de problematiek? Zijn de kosten voor kleine bedrijven nog wel verantwoord? Zitten er initiatieven in de pijplijn om de kosten te drukken? Klopt het dat het FAVV de bijdragen wil verlagen als de sector een aantal extra controles ten laste neemt? Gaat het ook niet om een budgettaire kwestie, namelijk de financiering van het FAVV?

18.02 Minister Rudy Demotte (Nederlands): Het is heel goed mogelijk dat pluimveehouders de controles als een extra financiële last ervaren. Eigenlijk is er tegenover vroeger niets gewijzigd, behalve dat pluimveeslachthuizen nu bedrijfsgeassisteerde keuringen mogen realiseren, wat tot een verminderde aanwezigheid van keurders zou moeten leiden.

In de uitsnijderij is nu slechts een maandelijkse inspectie verplicht terwijl vroeger, op basis van Europese regels, dagelijks moest worden gecontroleerd. Rekening houdend met de risico's in de pluimveesector zijn de huidige controles zeker verantwoord.

Het nieuwe financieringssysteem van het FAVV voorziet erin dat de kosten inherent aan deze controles aan de aanvrager worden doorgerekend.

Er werd al heel wat ondernomen om de kosten van de controles te drukken. Zo werden de tarieven van de keuring met 10 procent verlaagd. Voor de kleine slachthuizen met maximaal 1200 slachtingen van pluimvee per dag is bovendien een regeling getroffen waarbij voor de keuring slechts de kosten van een uur worden aangerekend. Voor de inspecties in uitsnijderijen werd besloten niet langer alle controledomeinen aan bod te laten komen bij elke inspectie. De invoering door de exploitant van een gevalideerd autocontrolesysteem zal leiden tot een halvering van de inspecties. Goede prestaties worden dus wel degelijk beloond.

Momenteel loopt er een risico-inschatting, die moet nagaan of de frequentie zelf ook nog zou kunnen worden verminderd.

Bedrijven leveren meer inspanningen dan voorheen om zichzelf te controleren dankzij de bonus voor een goed autocontrolesysteem.

Daarin werd voorzien in het KB van 6 oktober 2006 over de bedrijfsgeassisteerde keuringen.

In het businessplan van het FAVV is opgenomen hoe de veiligheid van de voedselketen kan worden bewaakt tegen een zo laag mogelijke kostprijs. Bij de oprichting van het Agentschap werd de politieke keuze gemaakt om de toewijsbare kosten van de controles voor 100 procent aan de operatoren door te reken. De financiering van het FAVV is daarop afgestemd. De operatoren kunnen een autocontrolesysteem inbouwen waardoor er minder controles van het FAVV nodig zijn.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.31 uur.