

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 27 MEI 2008

Namiddag

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

du

MARDI 27 MAI 2008

Après-midi

De vergadering wordt geopend om 14.24 uur en voorgezeten door de heer Luc Goutry.

01 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Colette Burgeon** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gevaar van plastic en andere chemische verbindingen voor de gezondheid" (nr. 5119)
- de heer **Jean-Jacques Flahaux** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van bisfenol A in voedingsverpakkingsmaterialen" (nr. 5162)

01.01 Colette Burgeon (PS): Het is bekend dat Bisfenol-A, dat net als de ftalaten tot de familie van de aromatische organische stoffen behoort, endocriene stoornissen veroorzaakt. Het gebruik van Bisfenol-A in voedingsproducten wordt in Canada, de Verenigde Staten en zelfs op Europees niveau ter discussie gesteld of zelfs verboden.

Gedurende lange tijd heeft de chemische industrie op grond van studies die zij vaak zelf had gefinancierd, verklaard dat de aanwezigheid van Bisfenol-A in voedingsproducten geen enkel gevaar voor de mens inhield. Andere onafhankelijke studies die onlangs op muizen en mensen werden uitgevoerd, zijn tot andere conclusies gekomen. De ftalaten, die aanwezig zijn in kunststoffen en negatief op de endocriene functies kunnen inwerken, werden door de Europese Unie reeds verboden in speelgoed en kinderverzorgingsartikelen. Een Amerikaanse studie die in *Environmental Health Perspectives* is verschenen, heeft gewezen op een verband bij de mens tussen het ftalatengehalte in de urine en abdominale obesitas.

Wat bisfenol A betreft, is de Europese Autoriteit voor voedselveiligheid (EFSA) in haar jongste advies tot het besluit gekomen dat het niveau waarop geen schadelijk effect meer wordt waargenomen, op 0,05 milligram per kilogram lichaamsgewicht per dag ligt, terwijl in 2002 de drempelwaarde op 0,01 werd vastgelegd.

Is u, gelet op die tegenstrijdige informatie, van plan uw Europese collega's van Volksgezondheid te waarschuwen, opdat er een grootschalig epidemiologisch en toxicologisch onderzoek zou kunnen worden verricht, dat voorgoed duidelijkheid zou kunnen verschaffen over de effecten die aan bisfenol A en de ftalaten worden toegeschreven? Zou die studie niet moeten worden uitgebreid tot de obesogene xenobiotica?

01.02 Jean-Jacques Flahaux (MR): De beslissing van de Canadese regering om de kunststof zuigflessen die bisfenol A (BPA) bevatten, uit de winkelrekken te halen, omdat die stof in Canada als giftig wordt beschouwd, heeft de controverse rond de gezondheidsrisico's van die organische verbinding meteen nieuw leven ingeblazen. Uit recente studies blijkt dat zowel BPA's als ftalaten de endocriene functies kunnen verstoren en abdominale obesitas in de hand kunnen werken.

Welk standpunt zult u innemen inzake het gebruik van deze producten in voedingsverpakkingen, tenminste,

op het Belgische grondgebied?

01.03 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): De kwestie over het gebruik van bisfenol A in de productie van materialen in polycarbonaat die bestemd zijn om in aanraking te komen met voedingsmiddelen is inderdaad belangrijk en welgekend. Ze wordt geregeld door het koninklijk besluit van 3 juli 2005 betreffende materialen en voorwerpen van kunststof bestemd om met voedingsmiddelen in aanraking te komen. Dat koninklijk besluit legt op basis van de aanbeveling van de EFSA een specifieke migratielimiet vast voor bisfenol A.

Tijdens de vergadering van 5 en 6 mei van het Comité van Deskundigen bij de Europese Commissie voor materialen bestemd om in aanraking te komen met voedingsmiddelen werd gesproken over het mogelijke verbod van dat product door Canada. Een vertegenwoordiger van de EFSA woont die vergaderingen bij. In het licht van de nieuwe gegevens met name uit Amerikaanse en Canadese hoek, heeft de EFSA beslist om bisfenol A zo snel mogelijk opnieuw te evalueren. In afwachting zal op Europees niveau de regelgeving niet aangepast worden en zal ook geen grootscheepse epidemiologische en toxicologische studie gevoerd worden. Ik wijs er echter op dat in het kader van het contractuele onderzoek gefinancierd door de federale overheidsdienst Volksgezondheid begin 2009 een driejarige studie zal gelanceerd worden over ftalaten in voedingsmiddelen. Het doel van het project is tweevoudig: enerzijds, willen we betrouwbare en gevoelige metingen bekomen van een reeks ftalaten in de voedingsmiddelen die op de Belgische markt verkrijgbaar zijn en, anderzijds, wensen we ook de besmetting goed te begrijpen.

01.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Daarom is het nodig inzicht te verwerven in de oorzaken van de besmetting, zoals de verpakkingsmaterialen, de andere materialen, de milieuvervuiling, enzovoort. We zullen nagaan of het nodig is de huidige beperkingen te herzien in het licht van het resultaat van de nieuwe evaluatie van de EFSA, maar ook van de studie van de Belgische autoriteiten.

01.05 **Colette Burgeon** (PS): Kunt u ons de resultaten van deze nieuwe evaluatie bezorgen? Wat de ftalaten betreft, zullen we u nogmaals interpellieren in 2012, indien we er dan nog zijn!

01.06 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Zullen we toegang krijgen tot de studies van de Canadese overheid?

01.07 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik maak ze u over als ik ze ontvang.

Het incident is gesloten.

02 **Vraag van de heer Olivier Destrebecq aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de door verenigingen voor dierenbescherming opgevangen honden" (nr. 5130)**

02.01 **Olivier Destrebecq** (MR): Er werd met een petitie gestart waarin een wetsontwerp wordt gevraagd waardoor de fokkers de door de diensten voor dierenbescherming opgevangen honden die afkomstig zijn uit hun kennel zouden kunnen ophalen om ze gratis bij andere particulieren te kunnen plaatsen. Wat denkt u van dat initiatief?

02.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*) : We moeten ons verheugen over de initiatieven van de fokkers voor het dierenwelzijn. Maar ik ben er niet zeker van dat dit nodig is. De gegevens van de fokker mogen slechts bekend gemaakt worden indien een onderzoek aangevraagd werd door de dienst Dierenwelzijn. Overigens belet niets de eigenaar van een hond hem met diens instemming aan de fokker terug te geven. De fokker kan bij de verkoop van een hond ook laten weten dat hij bereid is het dier terug te nemen. Mijn diensten staan ter beschikking indien u ideeën heeft voor een wetgevend initiatief met betrekking tot het koninklijk besluit van 27 april 2007 dat over de fokkers gaat.

02.03 **Olivier Destrebecq** (MR): Ik sla uw raad zeker niet in de wind. Ik analyseer het besluit in kwestie. Desgevallend neem ik contact op met uw diensten om samen vooruitgang te boeken in dit domein.

Het incident is gesloten.

03 **Vraag van de heer Olivier Destrebecq aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "methadon als vervangingsbehandeling" (nr. 5131)**

03.01 Olivier Destrebecq (MR): Klinische studies tonen echter aan dat methadon fysieke afhankelijkheid in de hand werkt en een langere begeleiding van de drugsverslaafde vergt, terwijl de fysieke afhankelijkheid bij buprenorfine minder groot is, of er zelfs geen afhankelijkheid is. Bovendien duurt deze behandeling minder lang.

In België kan de begeleider de verslaafde enkel adviseren en zo proberen het methadongebruik terug te schroeven. De arts kan de duur van de behandeling dus ook niet vastleggen. Het is de patiënt die moet vragen om de behandeling stop te zetten.

Over welke middelen beschikt het medisch personeel om het methadongebruik van een patiënt te verminderen? Kan een studie uitgevoerd worden om de resultaten na het stopzetten van de behandeling te evalueren? Kan men, ten slotte, controleren of de patiënt uiteindelijk volledig clean is dankzij de behandeling?

03.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De bevordering van de algemene gezondheidstoestand en van de sociale integratie van de patiënt vormt het essentiële evaluatiecriterium voor substitutiebehandelingen. Bij de beoordeling van de kwaliteit van de behandeling wordt dus niet uitsluitend gekeken of de patiënt volledig afgekickt is, wat trouwens een doelstelling is die niet altijd bereikt kan worden.

Het verlagen van de dosissen gebeurt in samenspraak met de patiënt. Een substitutiebehandeling is trouwens niet uitsluitend medicamenteus; psychologische begeleiding is eveneens van belang. Eventuele controlemechanismen moeten in die context toegepast worden.

De conclusies van de door de Hoge Gezondheidsraad en de administratie van Volksgezondheid georganiseerde consensusconferenties werden aan de sector meegedeeld. Daarin wordt gesteld dat een behandeling van onbepaalde duur mogelijk is. De patiënt hoeft dus niet onmiddellijk helemaal clean te zijn. De gespecialiseerde centra en netwerken organiseren opleidingen over deze behandelingen.

03.03 Olivier Destrebecq (MR): Ik zal dit dossier verder uitspitten en u zeker opnieuw ondervragen over de evolutie ervan.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van de heer Georges Gilkinet aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de problematiek van de kostprijs van de nieuwe geneesmiddelen" (nr. 5189)

04.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Met het oog op de behandeling van nieuwe ziekten heeft de farmaceutische industrie nieuwe en vaak ook dure geneesmiddelen (250.000 tot 300.000 euro per patiënt en per jaar) ontwikkeld. De kosten van die behandelingen doen economische en ethische vragen rijzen.

Het is niet abnormaal dat de bedrijven hun onderzoeks- en ontwikkelingskosten willen terugverdienen, maar als die kosten eenmaal zijn afgeschreven, moet worden voorkomen dat de bedrijven buitensporige winsten maken ten koste van de patiënten en van het stelsel van de terugbetaling van de geneeskundige verzorging.

Hoe zijn de kosten van de terugbetaling van die voorgeschreven geneesmiddelen en de kosten voor de ziekteverzekering van dat type van geneesmiddelen voor zeldzame vormen van kanker, zoals Elaprased en Myosime, de jongste vijf jaar geëvolueerd? Welke maatregelen zal u treffen om tot een betere controle op de prijzen van die geneesmiddelen te komen?

04.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Die geneesmiddelen worden maar sinds kort terugbetaald en daarom beschikken wij nog niet over volwaardige gegevens met betrekking tot de terugbetaling van die producten. Wij beschikken enkel over begrotingsramingen die in het kader van de bespreking van de terugbetalingsaanvragen worden opgemaakt. Wat Elaprased betreft, verwacht men een totale kostprijs van 1,4 miljoen voor het eerste jaar, gaande tot 2,3 miljoen voor het derde jaar. De gemiddelde kostprijs van de behandeling schommelt tussen 29.000 en 350.000 euro per jaar. Het budget voor Myosime zou 7,8 miljoen bedragen voor het eerste jaar en 9 miljoen voor het derde jaar, met een gemiddelde kostprijs tussen 180.000 euro voor een ziek kind en 410.000 euro voor een volwassen patiënt. Die geneesmiddelen worden niet

gebruikt bij zeldzame vormen van kanker, maar wel bij een enzymtekort. Ik zal de voorzitter van de commissie de cijfers met betrekking tot de evolutie van de uitgaven voor de jaren waarvoor er cijfers beschikbaar zijn, bezorgen.

Voor de geneesmiddelen van klasse 1, die welke door de CTG als innoverend werden beschouwd, vertegenwoordigde dat in 2003 voor de ziekenhuizen iets meer dan 3 miljoen en in 2006 iets meer dan 45 miljoen. Voor de openbare apotheken zijn de uitgaven gestegen van 941.000 euro in 2003 tot 128 miljoen euro in 2007. Voor geneesmiddelen die bij de behandeling van weesziekten worden gebruikt, zijn de uitgaven wat de openbare apotheken betreft gestegen van 144.000 euro in 2004 tot 1.212.000 euro in 2007.

Wat kanker betreft, kan ik u geen cijfers geven voor de openbare officina's. Voor de ziekenhuizen daarentegen zijn we van 225.000 in 2004 geklommen naar 14.500.000 in 2006 ; van 49.000 in 2005 naar 1.176.000 in 2006.

Het goede beheer van de financiële middelen voor de gezondheidszorgverzekering en de hoge kosten van de geneesmiddelen krijgen al mijn aandacht.

Bij de inschrijving van nieuwe, dure geneesmiddelen, mogen de kosten voor nieuwe therapieën niet hoger zijn dan de bestaande behandelingen als geen fundamentele meerwaarde aangetoond werd.

Voor de dure, zogenaamde geneesmiddelen van klasse 1, eisen we uitgebreide farmaceutisch-economische studies en de kosten-baten analyse wordt grondig geëvalueerd. Ik ben helemaal niet van plan van dit criterium af te wijken.

Met de Europese collega's hebben we de transparantie van de geneesmiddelenprijzen besproken, die van land tot land zonder enige reden kan verschillen. In Engeland is er een transparante evaluatie van de prijzen. Op de eerste informele raad die ik bijwoonde, heb ik het over het probleem Avastin gehad, dat heel zwaar zou kunnen doorwegen in de begroting voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

04.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): U bevestigt dat het relatieve aandeel van die innovatieve geneesmiddelen in de begroting exponentieel toeneemt, wat betekent dat ze een therapeutische meerwaarde hebben.

Zodra een geneesmiddel afgeschreven is, moet de prijs ervan dalen. Men moet met de betrokken bedrijven in dialoog gaan omdat men de kostprijs van die geneesmiddelen niet tot in het oneindige op de begroting mag laten drukken, temeer daar het om bedrijven gaat die in het kader van het Waalse Marshallplan worden ondersteund. Er moet een doorzichtig prijsbeleid worden gevoerd.

04.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Door de snelle groei van de innovatieve geneesmiddelen beginnen sommigen zich inderdaad af te vragen of het niet interessant zou zijn hun belang te toetsen aan het aantal behandelde patiënten of hun leeftijd. Dat kan ik echter niet toestaan. Er mag evenmin sprake zijn van hardnekkig doorbehandelen.

04.05 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!): Het ethische aspect ligt gevoelig.

Het incident is gesloten.

05 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de prijsvorming van tandkronen" (nr. 5093)

05.01 Maggie De Block (Open Vld): Er worden meer en meer tandkronen geplaatst. Die worden steeds meer in het buitenland gefabriceerd. Door de concurrentie zijn de prijzen gedaald, maar de patiënten zelf hebben daar nog niks van gemerkt. Blijkbaar maken sommige tandartsen daar winst op. Ook het Riziv heeft dit probleem al besproken en stelt voor om te werken met gescheiden facturen, namelijk een factuur voor het plaatsen van de prothese en een voor het prothesemateriaal.

Moeten de patiënten niet beter geïnformeerd worden over de prijzen? Zal de minister maatregelen nemen

voor de gescheiden facturatie?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Twee jaar geleden concludeerde het Federaal Kenniscentrum dat de facturatie voor erelonen en tandprothesen gesplitst moest worden. Er is echter geen eensgezindheid bij de betrokken beroepsgroepen en daarom is het voorstel moeilijk uitvoerbaar.

Een deel van het probleem ligt bij de distributeurs van de buitenlandse producten en dat kan niet worden opgelost door aparte facturatie. We moeten echter wel voortdurend aandacht besteden aan de kwaliteit van de geleverde producten, een taak die het geneesmiddelenagentschap op zich neemt.

In het kader van het ontwerpakkoord tandartsen-ziekenfondsen zal ik vragen om de facturatie transparanter te maken.

De **voorzitter**: Dat akkoord wordt verwacht tegen het einde van dit jaar.

05.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Het is goed dat de minister aandacht wil geven aan de transparantie van de facturatie.

Het incident is gesloten.

06 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw **Maggie De Block** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontwerpbesluit inzake Impulseo II" (nr. 5123)
- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ontwerpbesluit inzake Impulseo II" (nr. 5632)

06.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Impulseo II voorziet in 6,6 miljoen euro voor de aanwerving van een administratieve kracht voor samenwerkende artsen. Duopraktijken moeten over minstens vijfhonderd globale medische dossiers beschikken om een halftijdse kracht tewerk te stellen en een tegemoetkoming van 8.250 euro te krijgen. Groepspraktijken met minstens duizend globale medische dossiers kunnen een voltijdse kracht tewerkstellen en een tegemoetkoming krijgen van 16.500 euro. De solowerkende artsen vallen uit de boot, terwijl hun werklast bij vijfhonderd globale medische dossiers misschien groter is dan in een duopraktijk.

Waarom deze discriminatie? Veronderstelt men dat er een meerwaarde is wanneer een globaal dossier in een duo- of groepspraktijk wordt beheerd? Was het niet logischer artsen financieel te ondersteunen op basis van het aantal globale medische dossiers op jaarbasis, ongeacht de praktijkvorm? Is het aantal globale medische dossiers dat vereist is niet aan de lage kant?

06.02 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Het advies van de Raad van State op het KB Impulseo II is vrij scherp. Er is volgens de Raad sprake van een ongerechtvaardigde ongelijkheid in behandeling omdat de solopraktijk geen ondersteuning krijgt en deze ongelijke behandeling onvoldoende wordt gemotiveerd. Volgens de Raad moet de arts ook zelf vrij kunnen kiezen voor een solo- of een groepspraktijk en kan er dus sprake zijn van een inbreuk op bepaalde vrijheden van handel.

Zal de minister rekening houden met het advies? Is bijsturing van het KB nodig? Binnen welke termijn zal het aangepaste KB worden gepubliceerd?

06.03 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Het fonds Impulseo II wil de huisartsen helpen bij hun administratieve taken en de informatisering en samenwerking tussen de eerstelijnsactoren stimuleren. Er zijn vijfhonderd globale medische dossiers vereist voor een duopraktijk, duizend voor een groepspraktijk met drie artsen. De artsen moeten geen kabinet delen, ze moeten gewoon deel uitmaken van dezelfde

huisartsenkring of in aangrenzende zones werken en hun geïnformatiseerde gegevens delen. Het fonds sluit dus geen solopraktijken uit die beantwoorden aan de samenwerkingscriteria.

We willen alle initiatieven aanmoedigen die samenwerking optimaliseren. Netwerking kan diverse vormen aannemen: van eenvoudige organisatie van de wachtdiensten tot geïntegreerde geneeskunde in hetzelfde kabinet of binnen een polikliniek. In België bestaan al die vormen naast elkaar. Ik wil daarin niet tussenbeide komen, maar wel alle initiatieven steunen die de efficiëntie en continuïteit van de eerstelijnszorg verbeteren. Jonge artsen kiezen trouwens steeds meer voor netwerking en dat moet administratief worden ondersteund.

Mijn diensten bestuderen het advies van de Raad van State. Zodra ik hun standpunt ken, zal ik een eventuele aanpassing van de tekst bestuderen. Het spreekt voor zich dat het huidige systeem moet worden geëvalueerd.

06.04 Maggie De Block (Open Vld): Het is waar dat soloartsen niet volledig zijn uitgesloten als ze in dezelfde of in een aanpalende wachtkring werken, maar belangrijker is dat zij de computergegevens van hun patiëntenbestand kunnen delen. Hopelijk zullen wachtdiensten in de toekomst kunnen werken met een groot patiëntenbestand waarvan de dossiers door elke arts van de wachtdienst kunnen worden geconsulteerd.

06.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Samenwerking tussen artsen is voor ons geen probleem, maar we moeten voorkomen dat soloartsen worden gediscrimineerd. Wanneer verwacht de minister het advies van haar diensten, zodat we hierop later kunnen terugkomen?

06.06 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Ik weet het niet.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van mevrouw Katrin Jadin aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opleiding zorgkundige" (nr. 5146)

07.01 Katrin Jadin (MR): In 2006 werden de criteria met betrekking tot de opleiding zorgkundige herzien. De koninklijke besluiten van 12 januari 2006 stellen de nadere regels vast voor de erkenning van de kwalificatie van zorgkundige en omschrijven de taken die ze op grond van hun diploma of hun ervaring mogen uitvoeren.

Een voorlopige erkenning van de kwalificatie blijft mogelijk overeenkomstig de overgangsbepalingen die tot 31 december van dit jaar lopen. Daartoe moet de betrokkene tewerkgesteld zijn – het besluit bepaalt niet hoe lang – in een erkende verzorgingsinstelling. De voorlopige erkenning blijft in dat geval geldig tot 13 februari 2011. Bovendien moet de betrokkene een bijkomende opleiding van 120 uur gevolgd hebben in een erkende instelling.

Die bepalingen brengen de werking van bepaalde instellingen die niet over een erkenning beschikken in het gedrang en daarnaast komen ook bepaalde opleidingen die door secundaire scholen worden aangeboden (opleidingen van het type zevende jaar specialisatie) in gevaar.

Bent u op de hoogte van de problemen waartoe de toepassing van voormelde koninklijke besluiten aanleiding geeft? Welke maatregelen ziet u om die toestand te verhelpen?

07.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik ben niet rechtstreeks op de hoogte van die situaties, maar ik ben me bewust van de mogelijke problemen waarmee de uitvoering van die hervorming van de functie van zorgkundige kan geïmpacted gaan.

Met die hervorming wilden we klaarheid scheppen in een heterogene situatie door het aantal opleidingen en

kwalificaties te beperken. Tegelijk willen we op de wettelijkheid van de verstrekkingen toezien en ervoor zorgen dat er overal dezelfde kwaliteitsvolle medische verzorging wordt aangeboden.

Ik zal erop toezien dat de registratie van de betrokkenen zo soepel mogelijk verloopt, zonder daarbij de kwaliteit uit het oog wordt verloren. Momenteel zijn er reeds 43.000 personen geregistreerd, van wie slechts 1.300 voorlopig. 5.900 individuele aanvragen zijn nog behandeling.

De opleidingen die de onderwijsinrichtingen aanbieden, worden erkend, indien ze aan de vereiste voorwaarden voldoen; zij moeten met name een inhoud hebben die verband houdt met de te verstrekken verzorging.

Ik zal mijn administratie vragen verslag uit te brengen indien er zich problemen zouden voordoen, maar er werden mij nog niet rechtstreeks moeilijkheden gemeld.

07.03 Kattrin Jadin (MR): Het ging om twee verschillende situaties. In het geval van de school zat die opleiding van 120 uur niet in het studieprogramma vervat. Welke maatregelen zullen er getroffen worden voor de mensen die soms al jarenlang medische verzorging verstrekken in instellingen die niet erkend zouden zijn?

07.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik zal dat probleem bestuderen.

Het incident is gesloten.

08 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van een elektronische scooter" (nr. 5181)

08.01 Maggie De Block (Open Vld): Personen met een beperkte mobiliteit kunnen pas vragen om de terugbetaling van een elektronische scooter als de hernieuwingstermijn van hun vorige hulpmiddel is verstreken. Daarbij wordt geen rekening gehouden met de feit dat de gezondheidstoestand van de patiënt ondertussen gewijzigd kan zijn, waardoor een ander hulpmiddel nodig is. Elke aanvraag binnen de lopende termijn wordt geweigerd door het college van geneesheren-directeurs, ook al kan de patiënt aantonen dat het vorige hulpmiddel niet langer dienstig is. Hierdoor worden deze personen dus gedurende een aantal jaren immobiel. Ik heb dit probleem al aangekaart tijdens de bespreking van de beleidsnota Gehandicaptenbeleid.

Vindt de minister dit een aanvaardbare situatie?

08.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De reglementering laat voor alle mobiliteitshulpmiddelen wel degelijk voortijdige hernieuwing toe. Deze aanvragen worden behandeld door de adviserend geneesheer.

08.03 Maggie De Block (Open Vld): Er is mij toch een schrijnend geval bekend waar twee keer een aanvraag geweigerd werd. Volgens het ziekenfonds is beroep niet meer mogelijk, waardoor deze persoon nu drie jaar moet wachten op een elektronische scooter. Nu ik het antwoord van de minister heb gehoord, zal ik zelf de nodige stappen zetten bij de adviserend geneesheer.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van de heer Luc Goutry aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de functie van coördinerend en raadgevend arts" (nr. 5257)

09.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA): De taakverdeling tussen de coördinerende en raadgevende artsen in rusthuizen enerzijds en de huisartsen van de rusthuisbewoners anderzijds zorgt voor verwarring. Het KB van 24 juni 1999 geeft ter zake geen uitsluitel. De minister heeft al aangekondigd dat ze de functie van coördinerend en raadgevend arts beter wil definiëren, onder meer op het vlak van de invoering van een coördinatiehonorarium. Een voorstel zou uitgewerkt worden door de commissie artsen-ziekenfondsen. Wat is momenteel de stand van zaken in dit dossier?

09.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Een werkgroep heeft ter zake een concreet voorstel uitgewerkt dat zal geagendeerd worden op de volgende vergadering van de commissie artsen-ziekenfondsen. De FOD Volksgezondheid van zijn kant heeft een document met een iets grotere draagwijdte opgesteld. Er moet bovendien op de interministeriële conferentie Volksgezondheid overleg gepleegd worden met de Gemeenschappen, omdat de rusthuisnormen een gemeenschapsbevoegdheid zijn.

09.03 **Luc Goutry** (CD&V - N-VA): Ik hoop dat de commissie artsen-ziekenfondsen het voorstel spoedig zal kunnen bespreken en dat er daarna overleg wordt gepleegd met de Gemeenschappen.

Het incident is gesloten.

10 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de doctoraatstudie met betrekking tot druggebruik van de heer Jan Van Overmeire" (nr. 5269)
- de heer **Koen Bultinck** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de doctoraatstudie van de heer Jan Van Overmeire met betrekking tot druggebruik" (nr. 5571)

10.01 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): De ernst van de drugproblematiek in ons land kan moeilijk overschat worden, dat merken we dagelijks in de pers en dat wordt ook aangetoond door de recente doctoraatstudie van Jan Van Overmeire. In deze studie lezen we onder meer dat we in de illusie leven dat de razzia's effect hebben gehad. We lezen ook dat de verkeerde communicatie over de wet en de verwarring over het gedoogbeleid inzake cannabis een verregaande normvervaging in de hand hebben gewerkt.

Is de minister op de hoogte van de resultaten van deze doctoraatstudie? Hoe reageert hij op deze studie? Heeft de minister de administratie reeds opdracht gegeven om na te gaan of de drugwet van 2003 niet moet worden herzien?

10.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Ik weet dat de studie verschenen is, maar ik heb nog geen kennis kunnen nemen van de volledige thesis. Mijn diensten hebben wel al contact gehad met de promotor en de onderzoeker. De promotor bevestigt dat de studie beschrijvend van aard is en geen rechtstreekse beleidsmaatregelen formuleert. De studie biedt wel waardevolle informatie die kan helpen bij het uitwerken van een drugsbeleid.

Een drugsbeleid moet zich richten op alle psychoactieve stoffen met een verslavend karakter. Verder moet het gebruik van deze stoffen prioritair als een gezondheidsprobleem worden gezien en mag de gebruiker niet gestigmatiseerd worden. Ten slotte moet de overheid objectieve en niet-veroordelende informatie bieden op maat van de doelgroep en moet er indien nodig verwezen worden naar hulpverlening. Samenwerking tussen de federale overheid en de Gemeenschappen is essentieel. Ik verwijs hier ook naar de cel Gezondheidsbeleid Drugs. Ook een coherent juridisch kader voor het bezit en gebruik van cannabis is essentieel. Voor minderjarigen is dat alleszins verboden en wordt het ook vervolgd.

Alleen de minister van Justitie kan laten onderzoeken of een herziening van de wet van 2003 noodzakelijk is.

De problematiek van het gebruik van illegale en legale drugs vraagt dus om een globale en geïntegreerde aanpak. Dit is mogelijk binnen de Algemene Cel Drugs. Op 16 mei vond er reeds een voorbereidende vergadering plaats met de beleidscellen van de regeringsleiders. In de komende maanden zal deze cel opgericht en geoperationaliseerd worden.

10.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Het is positief dat de minister erkent dat er ernstige gezondheidsproblemen verbonden zijn aan het gebruik van drugs, dus ook van cannabis. Dat was in het verleden niet altijd zo. Het is ook goed dat de Algemene Cel Drugs zal worden opgestart. Verder zal ik de minister van Justitie interpellieren inzake de herziening van de drugswet van 2003.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van mevrouw Josée Lejeune aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de geneesmiddelenwetgeving" (nr. 5349)

11.01 Josée Lejeune (MR): Een apothekersvereniging zou een klacht hebben ingediend tegen een winkelketen die geneesmiddelen aan de man brengt waarvoor eigenlijk een voorschrift vereist is. Wat is uw standpunt daarover? Welke concrete maatregelen zal u nemen? Hoe kunnen zulke producten vrij verkocht worden in ons land?

11.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik ben helemaal niet van plan om de verkoop van geneesmiddelen buiten de apotheken om toe te staan. De inspectiediensten van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, meer bepaald de Speciale Onderzoekseenheid (SOE), voeren momenteel een onderzoek in het kader van de klacht die u vermeld heeft. Naargelang de conclusies van het onderzoek zullen we nagaan hoe we binnen de wet kunnen handelen in het belang van de volksgezondheid en van de apothekers als raadgevers.

11.03 Josée Lejeune (MR): Ik kan uw standpunt bijtreden aangezien u in uw algemene beleidsnota al hebt gewezen op de betrokkenheid van de apotheker en zijn rol als deskundige inzake geneesmiddelen. Zodra de resultaten van het onderzoek bekend zijn, kunnen we wellicht in sancties voorzien. Kan uw departement echt geen sancties opleggen zolang de resultaten niet beschikbaar zijn?

11.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Als er een strafbaar feit wordt vastgesteld, zullen er sancties worden getroffen. De onderzoekers moeten een procedure volgen.

Het incident is gesloten.

12 Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de minister van KMO, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid over "het houden van roofvogels door particulieren" (nr. 5375)

12.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): In januari jongstleden lieten de diensten van de FOD en van DG4 weten dat er bij een gewetenloze particulier drie kerkuilen in beslag waren genomen.

De inspectiedienst Dierenwelzijn bracht de uilen onder in een asiel en maakte proces-verbaal op. Volgens de FOD zijn kerkuilen plots razend populair geworden door het enorme succes van de Harry Potterboeken.

Hoe staat het met de wetgeving in dat verband? Hoeveel afwijkingen werden er toegestaan? Hoeveel beslagnames hebben uw diensten uitgevoerd? Wat doen uw diensten om die plotse belangstelling voor de kerkuil, met alle gevaren van dien voor de in het wild levende dieren, te temperen?

12.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De roofvogels die hun natuurlijke habitat in onze contreien hebben, vallen onder de bescherming van de vogelrichtlijn, die haar beslag krijgt via de diverse gewestelijke regelgevingen die het vangen van wilde vogels verbieden. Alle soorten roofvogels worden ook opgesomd in de bijlagen van verordening nr.338/97 van de Raad inzake de bescherming van in het wild levende dier- en plantensoorten door controle op het desbetreffende handelsverkeer.

Het is mogelijk om bij de bevoegde overheid van de lidstaat waar het dier leeft, een attest te bekomen, waarmee het verbod kan omzeild worden. Dat attest wordt voor elk geval afzonderlijk uitgereikt, indien het exemplaar gemerkt werd en de wettelijke herkomst van de ouders bewezen is.

Het gaat dus niet om een attest dat het bezit bewijst, maar om een attest voor een afwijking op het algemeen handelsverbod. Dat attest moet bij de verkoop van het dier aan de koper worden overgelegd. Het vormt geen bedreiging voor het overleven van de soort, maar is een garantie voor de wettige herkomst van het dier.

De dienst Dierenwelzijn en CITES zijn van plan de controles bij de kwekers van roofvogels eerlang op te voeren. Van 2005 tot 2007 werden er ongeveer 1.500 attesten afgeleverd voor dieren die in gevangenschap werden gekweekt, waaronder een vijftigtal soorten roofvogels. Sinds begin 2008 werden er vier kerkuilen, een bosuil, een oehoe, een valk en twee buizerds in beslag genomen.

12.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Ik vraag me af op grond van welke criteria men afwijkingen toestaat. Zou het niet raadzaam zijn de limieten vast te leggen in een bijkomende omzendbrief?

12.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans) : De Europese normen kennen dergelijke beperkingen.

12.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Als men veel afwijkingen toestaat, zet men de deur open voor misbruiken die onze diensten niet zullen aan kunnen. Dat is schadelijk voor de wilde diersoorten!

Het incident is gesloten.

13 Vraag van mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van anticonceptiemiddelen" (nr. 5415)

13.01 Marie-Martine Schyns (cdH): Sinds 2004 krijgen vrouwen die jonger zijn dan 21 jaar, anticonceptiemiddelen terugbetaald. Deze maatregel was een experiment om het aantal ongewenste zwangerschappen bij jongeren terug te dringen en om de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen te verbeteren. Er werden ook informatiecampagnes op het getouw gezet.

Sinds 6 mei staat op de website van de FOD Sociale Zekerheid te lezen dat de maatregel verlengd wordt tot 30 juni. Daarna zal de maatregel een andere vorm moeten krijgen.

Werden deze terugbetaling en deze informatiecampagnes geëvalueerd? Wat waren in voorkomend geval de conclusies van die evaluatie? Worden de informatiecampagnes ook verlengd tot 30 juni? In welke vorm zal de financiering voortgezet worden? Zal de maatregel uitgebreid worden tot oudere vrouwen?

13.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) publiceerde in mei 2007 een tussentijds evaluatierapport over de experimentele terugbetaling van anticonceptiemiddelen voor jongeren. Dat rapport evalueert de maatregel op grond van de gegevens van het eerste jaar en beschrijft de campagnes die tussen 2004 en 2006 werden georganiseerd.

In totaal hebben 144.838 meisjes (26 procent) gebruik gemaakt van de maatregel, die evenveel succes had bij kansarme meisjes als bij de gewone populatie. Gemiddeld blijft 39 procent van de kosten van het anticonceptiemiddel ten laste van de meisjes. De anticonceptiepil was goed voor 96 procent van de terugbetaalde anticonceptiemiddelen. Gezien de gebruikte hoeveelheden (de mediaan lag op drie doosjes per jaar, wat overeenkomt met negen maanden) namen de meeste de meisjes niet het hele jaar door de pil.

Een vergelijking tussen de gegevens van het eerste metingsjaar en het eerste jaar van de voorgaande periode lijkt te wijzen op een stijging van het gebruik met 10%.

Ik wens ook te onderstrepen dat de vele geraadpleegde rapporten en artikels hameren op het belang van de bundeling van initiatieven, met name op het vlak van de voorlichting.

Het IMA stelt vast dat de maatregel een positieve invloed heeft en raadt aan om hem te bestendigen. In afwachting van het eindrapport en van de evaluatie ervan door het Verzekeringscomité kan ik u nog geen antwoord geven over de modaliteiten van een eventuele structurele terugbetaling van orale anticonceptiemiddelen voor jonge meisjes, maar de financiering van de maatregel zou bij koninklijk besluit tot eind 2008 verlengd moeten worden.

13.03 Marie-Martine Schyns (cdH): Ik ben blij te horen dat er een koninklijk besluit komt waarbij respijt wordt gegeven tot december. We zullen het eindrapport en de daaruit voortvloeiende maatregelen nauwgezet bestuderen.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Vraag nummer 5423 van de heer Flahaut wordt uitgesteld.

14 Vraag van de heer Georges Dallemagne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Belgische stelsel van de gezondheidszorg" (nr. 5452)

14.01 Georges Dallemagne (cdH) : Volgens het onlangs door het Itinera Institute uitgegeven rapport 'Hoe gezond is de Belgische gezondheidszorg?' bereidt ons land zich slecht voor op de toekomstige uitdagingen inzake gezondheidszorg.

De pijlers waarop het huidige goede kwaliteits- en toegankelijkheidsniveau van de gezondheidszorg stoelt (hooggekwalificeerde gezondheidswerkers, decentralisatie van het systeem, belangrijk aandeel van de openbare financiering en vrijheid van uitoefening voor de zorgverleners) zouden in gevaar worden gebracht door verschillende aspecten, waaronder de aanhoudende toename van het persoonlijk aandeel van de patiënt in de uitgaven terwijl andere Europese landen erin geslaagd zijn die trend om te buigen, een gebrek aan kwalitatieve doelstellingen, de gebrekkige voorlichting van de patiënt, de gevolgen van de numerus clausus en het feit dat bij het beheer van de gezondheidszorg tegenwoordig voorrang wordt verleend aan het begrotingsaspect.

Wat is uw standpunt in verband met die vaststellingen? Aan welke hervormingen wordt er gedacht om ervoor te zorgen dat het goede kwaliteits- en toegankelijkheidsniveau van de gezondheidszorg in België behouden blijft?

14.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Ik wil er vooreerst op wijzen dat ik grote twijfels heb bij het Itinera Institute. Hun analyses wijzen op een extreem liberale visie, in de pejoratieve betekenis van het woord. Naar verluidt zijn er ook heel wat interne problemen met betrekking tot de algemene oriëntatie van hun activiteiten. Het *Steering Health Committee* van dat instituut was overigens niet op de hoogte van de voorgestelde conclusies. We kunnen het Itinera Institute dan ook niet als een neutrale instelling beschouwen.

Het rapport vertrekt weliswaar van officiële cijfers van onze administratie, maar er is een probleem met de besluiten. Zo is het aantal kwaliteitsindicatoren vrij beperkt en wordt in dat verband grotendeels gebruik gemaakt van de mortaliteitscijfers, die niet echt de meest geschikte zijn om de kwaliteit van de geneeskundige verzorging te beoordelen. Zoals u terecht opmerkte, zullen we de toestand opnieuw moeten bekijken wanneer we – wellicht binnen zeer afzienbare tijd – over de bijgewerkte gegevens zullen beschikken.

De ziekenhuisinfecties vormen trouwens een veel doorslaggevender indicator. De gegevens in dat verband worden al enkele jaren systematisch en correct verzameld in het kader van het platform inzake antibiotica.

In de internationale vergelijkingen doen we het wellicht slechter omdat onze databanken zo volledig zijn.

Het instituut schat het persoonlijke aandeel in de uitgaven voor geneeskundige verzorging op 27 procent. Het lijkt me aangewezen enkel rekening te houden met de uitgaven die aanvaard worden in het raam van de verzekering geneeskundige verzorging, wat het instituut niet doet.

Ten slotte lijkt dit verslag op een zeer elliptische benadering van sommige problemen te zijn gestoeld. Wat met name de financieringsbehoeften betreft, wordt er erg weinig rekening gehouden met de factoren die impliceren dat een hoge groeinorm niet alleen een politieke doelstelling is, maar bovenal een antwoord op almaar toenemende behoeften.

Ik ben van oordeel dat we op korte termijn over een objectief en openbaar geheel van indicatoren moeten kunnen beschikken waarmee we de kwaliteit van ons systeem kunnen meten. Samen met mijn diensten zet ik me daarvoor in.

14.03 Georges Dallemagne (cdH): Ik neem nota van uw opmerkingen over dit nogal recente instituut.

Sommige gegevens in het verslag zijn afkomstig van de OESO en men kan zich afvragen waarom de OESO sommige uitgaven vermeldt en andere niet. Dat laat ons evenwel toe de trends en de toestand in onze buurlanden te onderkennen. En die trend baart onrust: de Belg besteedt meer en meer geld aan zijn gezondheidszorg, terwijl de kwaliteit van de zorgverlening in België misschien niet zo goed is als we wel zouden willen geloven. De hamvraag is dan ook of we ons gezondheidszorgmodel kunnen behouden zonder dat we onze benadering van de gezondheidszorg helemaal omgooien. Vastgesteld moet worden dat de budgettaire sturing van de gezondheidszorg niet volstaat om de problemen op te lossen.

14.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Dat is een vraag die ons en alle betrokken actoren voortdurend bezighoudt. Die onderwerpen liggen ons na aan het hart. Wij hebben niet gewacht tot een vooringenomen iemand ons de les komt spelen.

Het RIZIV wil bovendien instrumenten uitwerken om de kwaliteit van ons systeem te evalueren. Men mag nooit op zijn lauweren gaan rusten, maar ik heb liever dat het zo gebeurt.

14.05 **Georges Dallemagne** (cdH): Wat is het voorstel van het RIZIV?

14.06 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Daar hebben wij het hier al over gehad, maar ik zal u de informatie bezorgen.

Het incident is gesloten.

15 **Vraag van mevrouw Marie-Martine Schyns aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wenselijkheid van een moratorium op de verkoop van en de proeven met ggo's" (nr. 5468)**

15.01 **Marie-Martine Schyns** (cdH): In westelijk Henegouwen werd koolzaad met het bestanddeel CT73 aangetroffen. Wellicht ging een deeltje van de lading verloren tijdens een transport van genetisch gemodificeerde granen. De Waalse minister van Landbouw en Milieu Benoît Lutgen reageerde zeer scherp. Hij vraagt een moratorium op het in de handel brengen van en op de proeven met ggo's zolang elk risico op verspreiding niet met zekerheid kan worden gebannen. Wat stelt u in dat verband voor?

15.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Het geval waarnaar u verwijst wordt met de grootste aandacht bestudeerd. Bedoeling is te begrijpen waar dat ggo-koolzaad GT73, en dus niet CT73, vandaan komt. Daartoe hebben we een vraag om inlichtingen overgezonden aan de Waalse administratie. Het koolzaad van Monsanto is toegelaten voor de import, de verwerking en het gebruik in diervoer. Het mag echter niet worden geteeld in de Europese Unie. De toevallige aanwezigheid van dat ggo houdt geen risico in voor de menselijke of de dierlijke gezondheid en evenmin voor het milieu. Toch moeten we de oorzaak te weten komen, om te voorkomen dat zo'n probleem zich nogmaals zou voordoen. Mijn administratie bestudeert daarom op dit ogenblik de verschillende verklaringen voor de aanwezigheid van dat ggo. Ook in het kader van de Lente van het leefmilieu komt het thema van de ggo's aan bod, in een workshop inzake biodiversiteit. Wat de opportuniteit van een moratorium op het in de handel brengen van en de proeven met ggo's betreft, lijkt het me beter de besluiten van die workshop af te wachten voor we een beslissing nemen.

Het incident is gesloten.

16 **Vraag van de heer David Lavaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het 'sociaal statuut' van de logopedisten bij het RIZIV" (nr. 5478)**

16.01 **David Lavaux** (cdH): De artsen, de apothekers, de tandartsen en de kinesitherapeuten genieten bij het RIZIV een sociaal beschermingsmechanisme, het zogenaamde "sociaal statuut". Het is de tegenprestatie van het RIZIV voor de zorgverstrekkers die de overeenkomst ondertekenen. Zij krijgen een ristorno van het RIZIV die zij moeten omzetten in een pensioenverzekering of in een verzekering tegen beroepsrisico's.

Sinds de overheveling van de logopedie van het Rijksfonds voor de sociale reclassering van de mindervaliden naar het RIZIV werd de problematiek van het "sociaal statuut" van de logopedisten nog steeds niet geregeld. Bestaan er eventueel plannen om de kwestie van het "sociaal statuut" van de logopedisten definitief te regelen? Zal u de logopedisten dezelfde voordelen toekennen als de andere gezondheidswerkers, zoals de artsen, de apothekers, de tandartsen en de kinesisten?

16.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Voor de artsen, de apothekers, de tandartsen en de kinesitherapeuten bestaat er inderdaad een systeem van sociale voordelen. Momenteel genieten de andere zorgverstrekkers die voordelen niet. Ik wil alle gezondheidswerkers op gelijke voet behandelen, maar daarbij moet rekening worden gehouden met de budgettaire mogelijkheden voor 2009.

16.03 David Lavaux (cdH): Ik hoop dat we de nodige budgettaire middelen zullen kunnen uittrekken om die onrechtvaardigheid uit de wereld te helpen.

Het incident is gesloten.

17 Samengevoegde vragen van

- mevrouw **Josée Lejeune** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "leverpatiënten" (nr. 5463)

- de heer **Georges Dallemagne** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vooruitgang die nog moet worden geboekt in de strijd tegen hepatitis" (nr. 5618)

17.01 Josée Lejeune (MR): De patiëntenvereniging CHAC (Carrefour Hépatites – Aide et Contact) vestigde de aandacht op feit dat er in België geen nationaal opsporings-, preventie- en voorlichtingsplan bestaat. CHAC zegt dat 30 tot 40 procent van de zieken in ons land geen behandeling krijgen.

In België zouden twee personen op honderd besmet zijn met virale hepatitis B of C. Op wereldvlak is dat één persoon op twaalf. In Europa zouden circa 86.000 personen overlijden aan de gevolgen van die ziekten.

Professor Driss Jamil wijst erop dat als wij die ziekte niet aanpakken, ze een enorme weerslag zal hebben in de komende twintig jaar, omdat de huidige patiënten leverkanker kunnen krijgen.

Welke maatregelen zal u nemen, en wanneer ? Waarom is het zo moeilijk toegang te hebben tot een behandeling?

17.02 Georges Dallemagne (cdH): Op 19 mei jongstleden werd in het Parlement een colloquium georganiseerd naar aanleiding van Wereldhepatitisdag.

België wordt soms aangewreven dat het niet genoeg inspanningen doet om hepatitis C te bestrijden. Artsen en patiëntenverenigingen klagen aan dat medische handelingen die noodzakelijk zijn voor een doeltreffende en zo goedkoop mogelijke aanpak van die ziekte, niet worden terugbetaald.

Op dat colloquium kwamen de volgende problemen aan bod. De behandeling van hepatitis C in de acute fase vermindert het risico dat de ziekte chronisch wordt aanzienlijk, en beperkt dus ook de totale kosten van de behandeling van hepatitis. Die behandeling wordt evenwel niet terugbetaald in België. Het transaminasegehalte zou niet meer de doorslaggevende factor mogen zijn voor de terugbetaling van de behandeling van chronische hepatitis. Het huidige behandelingsprotocol laat niet toe dat de behandelingsduur aangepast wordt aan de (snelle of trage) reactie van de patiënt. Patiënten met aids en hepatitis C zouden langer moeten kunnen worden behandeld. Het fibroscanonderzoek, aan de hand waarvan de voortschrijding van de leverfibrose goed kan worden geëvalueerd, zou in België moeten worden terugbetaald, zodat er meer gebruik van kan worden gemaakt.

Bepaalde laboratoriumonderzoeken die ertoe strekken een duidelijker inzicht te krijgen in het virologische antwoord op de behandeling, worden niet terugbetaald.

De verenigingen en artsen vinden het jammer dat er geen actieplan is tegen hepatitis. Ze pleiten voor een behandeling op maat en voor een terugbetaling waarin daarmee rekening wordt gehouden, met het oog op het comfort van de patiënten en een vermindering van de kosten van de behandelingen.

17.03 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De jongste jaren heeft de geboekte vooruitgang in de behandeling van virale hepatitis zich vertaald in een betere terugbetaling van verschillende geneesmiddelen.

Mijnheer Dallemagne, de behandeling van acute virale hepatitis wordt niet terugbetaald want het betreft een indicatie die niet opgenomen is in de bijsluiter op grond waarvan de terugbetaling wordt toegekend. Indicaties of geneesmiddelen die niet beschikken over een vergunning voor het in de handel brengen voor die indicaties mogen niet terugbetaald worden.

De behandeling van chronische hepatitis C bij patiënten met een abnormaal transaminasegehalte is een terugbetaalde indicatie. Aangezien veel patiënten de bitherapie vroegtijdig stopzetten en niet alle patiënten genezen na de behandeling, is de financiële evaluatie voor de ziekteverzekering acuter.

Voor de bitherapie tegen het hepatitisvirus is enkel een periode van 24 of 48 weken toegestaan. Een andere looptijd valt niet onder de bijsluiter.

De respectieve fabrikanten kunnen dan een wijziging van de bijsluiter vragen die aansluit bij de stand van wetenschappelijke kennis, precies om de begrippen "snelle" en "trage" reactie in te voeren.

De antivirale behandeling bij patiënten met een co-infectie aids en hepatitis C is een toegelaten indicatie. De aanvraag tot terugbetaling wordt momenteel onderzocht door de CTG. Ik verwacht een terugbetalingsvoorstel in oktober, of later in geval schorsing van de procedure op initiatief van de fabrikant.

In België lijden er ten minste 100.000 personen aan hepatitis C en nog eens 80.000 aan hepatitis B. Een optimale tenlasteneming is van essentieel belang voor de volksgezondheid. De federale, gemeenschaps- en gewestinstanties zullen op dat vlak heel nauw met elkaar moeten samenwerken.

De huisartsen, de specialisten, de paramedici en de patiënten zullen daar ook moeten aan meewerken. De patiënten zullen via hun verenigingen worden geraadpleegd teneinde een inventaris op te maken van de kosten die ze zelf moeten dragen. Op grond van alle verzamelde informatie zal ik een ontwerp aan de regering kunnen voorleggen.

Wat de primaire preventie betreft, behoort België tot de Europese koplopers. Ons vaccin tegen hepatitis B is dan ook gratis en is tevens opgenomen in het vaccinatieprogramma. Er bestaat nog geen vaccin tegen hepatitis C. Een systematische doelgerichte screening bij de risicopatiënten moet worden overwogen, bijvoorbeeld in het kader van een gratis preventieconsult dat ik wil invoeren en dat voor personen boven de 25 om de drie jaar zou plaatsvinden. We moeten het grote publiek ook inlichten en de mogelijkheid onderzoeken om de criteria voor de terugbetaling van geneesmiddelen voor hepatitis B en C te verruimen.

In overleg met de Gemeenschappen moeten we de terugbetaling overwegen van het vaccin tegen hepatitis B voor patiënten boven de 12 jaar teneinde de inhaalvaccinatie te bevorderen en voor nog niet gevaccineerde nieuwkomers.

Dat dossier is voor ons prioritair.

17.04 **Georges Dallemagne** (cdH): Ik heb u niets horen zeggen over de fibroscan.

17.05 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans) : U heeft gelijk. Ik zal vragen dat men u mijn antwoord schriftelijk zou bezorgen.

17.06 **Georges Dallemagne** (cdH): Bij wijze van test hebben de verenigingen mij dat pijnloos en snel onderzoek, dat wellicht minder kost dan een leverbiopsie, laten ondergaan. In Frankrijk wordt dat onderzoek terugbetaald.

Het incident is gesloten.

18 **Vraag van mevrouw Mia De Schamphelaere aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ongrondwettelijkheid van de KB's 78 en 79" (nr. 5482)**

18.01 **Mia De Schamphelaere** (CD&V - N-VA): De genummerde KB's 78 en 79 zijn van essentieel belang voor de opbouw van onze gezondheidszorg. Zij hebben kracht van wet. Af en toe duiken geruchten op over een mogelijke vervalsing van deze KB's, of toch minstens een toevoeging eraan.

Is er sprake van vervalsingen? Zou het niet beter zijn om de inhoud van de KB's zoals ze nu worden toegepast opnieuw te bekrachtigen?

18.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Voor de KB's nummer 78 en 79 bestaan verschillen tussen de versies die blijkbaar goedgekeurd werden in de Ministerraad en de versies die ter bekendmaking werden gegeven. De documenten voor de Ministerraad destijds waren getypt en met de hand van aantekeningen voorzien. Het is niet onmogelijk dat het beheer van de versies niet optimaal gebeurde. De term vervalsing lijkt mij toch wat overdreven. Een fout tussen twee documenten houdt niet noodzakelijk in dat het om een vrijwillig gepleegde en kwaadwillige daad gaat. Er is in de huidige stand van zaken niets dat de grondwettigheid van deze KB's op losse schroeven zet.

18.03 **Mia De Schamphelaere** (CD&V - N-VA): De minister bevestigt eigenlijk dat er verschillende versies bestaan en dat de teksten onzorgvuldig beheerd zijn, maar ook dat er geen officiële notificatie is aan de Ministerraad. De vraag is nu hoe wij voor rechtszekerheid kunnen zorgen. De verschillen tussen de versies kunnen immers uitgebuit worden in allerlei procedures. Men moet dus onderzoeken hoe de juridische zekerheid verstevigd kan worden.

18.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik heb het bestaan van verschillende versies bevestigd en heb de redenen daarvan uiteengezet. Het komt mij niet toe over de rest te oordelen.

Het incident is gesloten.

19 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de onrechtvaardige discriminatie van homo's in de wetgeving op het bloedgeven" (nr. 5501)

19.01 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Vandaag worden mannelijke homoseksuelen in ons land nog altijd als een risicogroep beschouwd. Zij mogen dan ook geen bloed geven. Zelfs Frankrijk en Canada hebben hun wetgeving aangepast, zodat de selectie niet langer betrekking heeft op risicogroepen maar op risicogedrag. Zal u de criteria die vandaag in onze wetgeving worden gehanteerd, wijzigen?

19.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Ik heb sterk geijverd voor het wegwerken van de discriminatie waarvan homoseksuelen het slachtoffer zijn. Het is dus een aangelegenheid die mij na aan het hart ligt.

De wet van 5 juli 1994 betreffende bloed en bloederivaten van menselijke oorsprong voorziet inderdaad in de uitsluiting van donoren die risicogedrag vertonen. Dat gedrag moet worden vermeld in een informatiefolder over aids die vóór elke afneming aan de donor wordt overhandigd. Volgens de informatiefolder over aids en risicogedrag wordt een man die seksuele betrekkingen heeft met een andere man als een risico beschouwd.

Rekening houdend met het eventueel discriminerend karakter van die praktijk, heeft mijn voorganger het Centrum voor gelijkheid van kansen en voor racismebestrijding om een advies ter zake gevraagd. Naar aanleiding van dat verzoek werd een brochure met uitleg over de uitsluiting van mannelijke homoseksuelen opgesteld. Die brochure werd uitgewerkt na overleg tussen het Centrum, het *Plate-forme prévention Sida* en de Halebifederatie.

Het debat over die uitsluiting heeft in tal van landen plaatsgehad, en in sommige gevallen heeft dat geleid tot een ommekeer. Zo heeft de Franse minister van Volksgezondheid op 27 november jongstleden beslist het verbod voor homoseksuelen om bloed te geven, in te trekken. Niet alle gezondheidswerkers zijn het echter met die beslissing eens. De conclusies van de commissie die door de Franse minister met de tenuitvoerlegging van de intrekking van dat verbod werd belast, kunnen blijkbaar dienen als goede werkbasis voor de groep die deze kwestie zal moeten evalueren. Wij moeten ons ervan vergewissen of die uitsluiting wetenschappelijk wel verantwoord is en ze afwegen tegen het principe volgens hetwelk niemand op grond van zijn seksuele geaardheid mag worden gediscrimineerd.

Ik ben het er dus mee eens dat het debat ter zake wordt heropend. Laten we echter eerst wachten tot de conclusies van de Franse werkgroep beschikbaar zijn, zodat we het werk dat in Frankrijk al werd verricht niet helemaal opnieuw moeten overdoen.

19.03 **Jean-Jacques Flahaux** (MR): Ik maak mij helemaal geen zorgen over haar openheid van geest. Zij heeft daarvan al blijk gegeven als gewezen minister van Justitie. Ik zal de noodzakelijk positieve follow-up op

grond van de conclusies van de Franse minister van Volksgezondheid van nabij volgen.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.52 uur.

La réunion publique est ouverte à 14 h 24 sous la présidence de M. Luc Goutry.

01 Questions jointes de

- **Mme Colette Burgeon à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les dangers de matières plastiques et autres composés chimiques pour la santé" (n° 5119)**

- **M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation du BPA dans le conditionnement alimentaire" (n° 5162)**

01.01 Colette Burgeon (PS) : L'utilisation du bisphénol A, composé organique aromatique comme les phtalates et connu pour être un perturbateur endocrinien, dans le domaine alimentaire fait l'objet d'une mise en question voire d'une interdiction au Canada, aux États-Unis et même auprès de l'Union européenne.

Longtemps, l'industrie chimique, sur la base d'études qu'elles avait souvent financées, a affirmé que le bisphénol A ne présentait aucun danger par voie alimentaire pour l'homme. Mais d'autres études indépendantes, menées récemment sur la souris et sur l'homme, sont arrivées à d'autres conclusions. Quant aux phtalates, aussi présents dans les plastiques et pouvant avoir une action négative sur les fonctions endocriniennes, ils font déjà l'objet d'interdictions dans les jouets et articles de puériculture par l'Union européenne. Une étude américaine parue dans *Environmental Health Perspectives* a corroboré, chez l'homme, une corrélation entre les taux de phtalates présents dans les urines et l'obésité abdominale.

En ce qui concerne le bisphénol A, le dernier avis émis par l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA) concluait que la dose sans effet nocif observé pouvait être située à 0,05 milligramme par kilogramme de poids corporel et par jour alors que le taux fixé en 2002 était de 0,01 milligramme.

Devant la contradiction des informations, envisagez-vous d'alerter vos collègues européens de la Santé afin de réaliser une étude épidémiologique et toxicologique de grande ampleur qui fournirait des résultats indiscutables sur les effets imputés au bisphénol A et aux phtalates ? Ne serait-il pas nécessaire d'étendre cette étude aux xénobiotiques obésogènes ?

01.02 Jean-Jacques Flahaux (MR) : La décision du gouvernement canadien d'interdire la commercialisation de biberons constitués de plastique contenant du bisphénol A (BPA), considéré comme toxique dans ce pays, a aussitôt relancé la controverse concernant les risques sanitaires inhérents à ce composé organique. Des études récentes montrent que tant le BPA que les phtalates peuvent avoir une action négative sur les fonctions endocriniennes et favoriser l'obésité abdominale.

Quelle position comptez-vous adopter concernant l'utilisation de ces produits dans les conditionnements alimentaires, en tout cas, sur le territoire belge ?

01.03 Laurette Onkelinx , ministre (en français) : La question de l'utilisation du bisphénol A dans la fabrication de matériaux en polycarbonate destinés à entrer en contact avec les denrées alimentaires est effectivement importante et bien connue. Cette matière est réglementée par l'arrêté royal du 3 juillet 2005 relatif aux matériaux et objets en matière plastique destinés à entrer en contact avec les denrées alimentaires. Cet arrêté fixe une limite de migration spécifique pour le bisphénol A, qui a été déterminée sur base de l'avis de l'EFSA.

L'interdiction de ce produit envisagée par le Canada a été évoquée lors de la réunion des 5 et 6 mai du Comité d'experts auprès de la Commission européenne pour les matériaux destinés à entrer en contact avec les denrées alimentaires. Un représentant de l'EFSA participe à ces réunions. L'EFSA a décidé de procéder à la réévaluation du bisphénol A à la lumière des nouvelles données, notamment canadiennes et américaines, réévaluation qui se fera dans les délais les plus brefs. En attendant, il n'est pas envisagé au niveau européen de modifier la réglementation existante, ni de réaliser une étude épidémiologique et

toxicologique de grande ampleur. Je précise cependant que, dans le cadre de la recherche contractuelle financée par le service public fédéral de la Santé publique, une étude relative aux phtalates dans les denrées alimentaires démarrera début 2009 et ce pour une durée de trois ans. Le projet a deux objectifs : d'une part, obtenir des mesures fiables et sensibles pour une série de phtalates présents dans les denrées alimentaires disponibles sur le marché belge et, d'autre part, d'acquérir une bonne compréhension de la contamination.

01.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : À cette fin, il est important d'avoir une vue des causes de contamination, telles que les matériaux d'emballage, les autres matériaux, la contamination environnementale et autres. Nous évaluerons la nécessité de revoir les restrictions actuelles en fonction du résultat de la nouvelle évaluation EFSA, mais aussi de l'étude qui a été mise en place par les autorités belges.

01.05 Colette Burgeon (PS) : Pourriez-vous nous informer des résultats de cette nouvelle évaluation? Quant aux phtalates, nous vous interrogerons en 2012, si nous sommes encore là !

01.06 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Disposerons-nous des études du gouvernement canadien ?

01.07 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je vous les transmettrai si je les reçois.

L'incident est clos.

02 Question de M. Olivier Destrebecq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les chiens recueillis par la SPA" (n° 5130)

02.01 Olivier Destrebecq (MR) : Une pétition a pour objet l'obtention d'un projet de loi pour que les éleveurs puissent récupérer les chiens recueillis par la SPA provenant initialement de leur élevage afin de pouvoir les replacer gratuitement chez d'autres particuliers. Quel est votre sentiment par rapport à cette démarche ?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Il faut se réjouir des initiatives des éleveurs en faveur du bien-être animal. Mais je ne suis pas certaine que cela soit nécessaire. Les coordonnées de l'éleveur ne peuvent être connues que si une enquête est demandée par le service Bien-être animal. Par ailleurs, rien n'empêche le propriétaire d'un chien de le restituer à l'éleveur avec son consentement. L'éleveur peut également faire savoir lors de la vente d'un chien qu'il est disposé à reprendre l'animal. Mes services sont à votre disposition si vous avez des idées d'initiative législative par rapport à l'arrêté royal 27 avril 2007 qui concerne les éleveurs.

02.03 Olivier Destrebecq (MR) : Je ne manquerai pas de suivre votre conseil en me plongeant dans l'analyse de cet arrêté. Je prendrai contact, le cas échéant, avec vos services afin d'avancer ensemble dans ce domaine.

L'incident est clos.

03 Question de M. Olivier Destrebecq à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le traitement de substitution par la méthadone" (n° 5131)

03.01 Olivier Destrebecq (MR) : Or, des études cliniques montrent que la méthadone induit une dépendance physique et nécessite un accompagnement plus long du toxicomane, alors que la buprénorphine entraîne une dépendance physique moins significative, voire inexistante. De plus, ce traitement est moins long.

En Belgique, aucun outil, hormis le conseil, ne permet à l'accompagnateur du toxicomane de l'influencer dans la diminution de ses doses de méthadone. Le médecin ne peut donc pas non plus déterminer la durée du traitement. La demande d'interrompre le traitement doit venir du patient.

Qu'en est-il des outils donnés au corps médical afin de pouvoir réduire la prise de méthadone par le patient ? Une étude peut-elle être réalisée pour évaluer les résultats après arrêt du traitement ? Enfin, qu'en est-il des

moyens de contrôle de cette thérapie permettant une orientation du patient vers une désintoxication totale ?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : L'amélioration de l'état de santé général et de l'intégration sociale du patient constituent les critères essentiels d'évaluation des traitements de substitution. La qualité du traitement n'est donc pas évaluée exclusivement en termes d'abstinence totale, cet objectif n'étant d'ailleurs pas toujours accessible.

La diminution des doses se fait en relation avec le patient. Un traitement de substitution n'est d'ailleurs pas seulement pharmacologique : le suivi psychologique est important. Les mécanismes de contrôle éventuels doivent s'inscrire dans ce contexte.

Les conclusions des conférences de consensus organisées par le Conseil supérieur de la santé et l'administration de la Santé publique ont été communiquées au secteur. Elles prévoient la possibilité d'un traitement de durée indéterminée. Une abstinence totale immédiate n'est donc pas nécessaire. Les centres et réseaux spécialisés organisent des formations sur ces traitements.

03.03 Olivier Destrebecq (MR) : Je continuerai à approfondir ce dossier et je vous interrogerai certainement à nouveau sur son évolution.

L'incident est clos.

04 Question de M. Georges Gilkinet à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la problématique du coût des nouveaux médicaments" (n° 5189)

04.01 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : Face à l'émergence de nouvelles maladies, l'industrie pharmaceutique a développé de nouveaux médicaments dont le coût est souvent élevé (250.000 à 300.000 euros par patient et par an). Le coût de ces traitements pose un problème économique et éthique.

S'il n'est pas illégitime que les entreprises se remboursent de leurs frais de recherche et de développement, une fois ces frais amortis, il faut éviter qu'elles réalisent des bénéfices démesurés sur le dos des patients et du système de remboursement des soins de santé.

Quelle a été l'évolution ces cinq dernières années du coût de la prescription du remboursement et du coût pour l'assurance maladie de ce type de médicaments pour des formes rares de cancer comme Elaprased et Myosime ? Que comptez-vous entreprendre en vue d'un meilleur contrôle du prix de ces médicaments ?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Ces médicaments ne sont remboursables que depuis peu, c'est pourquoi nous n'avons pas encore de données réelles sur les remboursements de ces produits. Nous ne disposons que d'estimations budgétaires établies lors de l'examen des demandes de remboursement. Concernant l'Elaprased, on s'attend à un coût total de 1,4 million la première année, évoluant vers 2,3 millions la troisième année. Le coût moyen du traitement se situe entre 290.000 et 350.000 euros par an. Le budget pour la Myosime devrait être de 7,8 millions la première année et de 9 millions la troisième année, avec un coût moyen entre 180.000 euros pour un patient enfant et 410.000 euros par an pour un patient adulte. Ces médicaments ne sont pas utilisés en cas de forme rare de cancer mais en cas de déficit enzymatique. Je remettrai au président de la commission les chiffres de l'évolution des dépenses pour les années où des chiffres sont disponibles.

Pour les médicaments classe 1, tous ceux qui ont été considérés comme innovants par la CRM, en 2003, en hôpital, cela représentait un peu plus de 3 millions et en 2006 un peu plus de 45 millions. Dans les officines publiques, on est passé de 941.000 euros en 2003 à 128 millions en 2007. Pour les médicaments dédiés au traitement des maladies orphelines, on est passé de 144.000 en 2004 en officines publiques à 1.212.000 en 2007.

S'agissant du cancer, je ne peux pas vous communiquer de chiffres pour les officines publiques. En

revanche, en hôpital, nous sommes passés de 225.000 en 2004 à 14.500.000 en 2006 ; de 49.000 en 2005 à 1.176.000 en 2006.

La bonne gestion des moyens financiers de l'assurance soins de santé et le coût élevé des médicaments retiennent toute mon attention.

Lors de l'inscription de nouveaux médicaments dont le prix est élevé, les coûts des nouvelles thérapies ne peuvent être plus élevés que des traitements existants si une plus-value fondamentale n'a pas été démontrée.

Pour les médicaments onéreux, dits de classe 1, nous exigeons des analyses pharmaco-économiques étendues et leur rapport coût-efficacité est évalué en profondeur. Je n'ai nullement l'intention de déroger à ce critère.

Au niveau européen, nous avons discuté de la transparence du prix des médicaments, qui peut varier d'un pays à l'autre sans justification. En Angleterre, une évaluation transparente du prix est opérée. Lors du premier conseil informel auquel j'ai participé, j'ai évoqué le problème de l'Avastin, qui risque de peser très lourd dans le budget de l'assurance maladie invalidité.

04.03 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : Vous confirmez que la part relative de ces médicaments innovants dans le budget évolue de façon exponentielle, ce qui signifie qu'ils présentent une plus-value thérapeutique.

Lorsque le médicament est amorti, son prix doit diminuer. Il faut dialoguer avec les entreprises concernées car on ne peut faire peser indéfiniment le coût de ces médicaments sur le budget, d'autant qu'il s'agit d'entreprises qui bénéficient d'aides dans le cadre du Plan Marshall en Région wallonne. La transparence en matière de prix doit être de rigueur.

04.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : En effet, vu l'explosion, certains commencent à se demander s'il ne serait pas opportun d'examiner l'intérêt numérique ou l'intérêt en fonction de l'âge, ce que je ne puis admettre. Il n'est pas non plus question d'acharnement thérapeutique.

04.05 Georges Gilkinet (Ecolo-Groen!) : L'aspect éthique est délicat.

L'incident est clos.

05 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation des prix des couronnes dentaires" (n° 5093)

05.01 Maggie De Block (Open Vld) : Les dentistes procèdent de plus en plus fréquemment au placement de couronnes dentaires, ces dernières étant de plus en plus souvent fabriquées à l'étranger. Même si la concurrence a entraîné une baisse des prix, les patients n'ont pas encore pu s'en apercevoir, certains praticiens réalisant des bénéfices par ce biais. L'INAMI, qui a déjà évoqué ce problème, propose un système de factures distinctes, à savoir une pour le placement de la prothèse et une autre pour la prothèse elle-même.

Les patients ne devraient-ils pas être mieux informés des prix ? La ministre va-t-elle prendre des mesures en vue d'instaurer une facturation séparée ?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Il y a deux ans, le Centre fédéral d'expertise a conclu que la facturation des honoraires et des prothèses dentaires devait être scindée. Cette proposition ne fait toutefois pas l'objet d'un consensus au sein des groupes professionnels concernés et c'est pourquoi elle est difficilement applicable.

Une partie du problème se situe au niveau des distributeurs de produits étrangers et cet aspect du problème ne peut être résolu par le biais d'une facturation distincte. Il convient toutefois de veiller en permanence à la qualité des produits, une mission dévolue à l'Agence des médicaments.

Dans le cadre du projet d'accord dentistes-mutualités, je demanderai de rendre la facturation plus

transparente.

Le **président** : Cet accord est prévu pour la fin de cette année.

05.03 Maggie De Block (Open Vld) : Je me félicite de ce que la ministre soit disposée à prêter attention à la transparence de la facturation.

L'incident est clos.

06 Questions jointes de

- **Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet d'arrêté relatif à Impulseo II" (n° 5123)**
- **M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le projet d'arrêté relatif à Impulseo II" (n° 5632)**

06.01 Maggie De Block (Open Vld) : Impulseo II prévoit 6,6 millions d'euros pour le recrutement de collaborateurs administratifs par des médecins qui travaillent ensemble. Pour pouvoir engager un collaborateur à mi-temps et obtenir une intervention de 8.250 euros, les cabinets communs à deux médecins doivent gérer au moins cinq cents dossiers médicaux globaux. Les cabinets groupés qui gèrent au moins mille dossiers médicaux globaux peuvent occuper une personne à temps plein et obtenir une intervention de 16.500 euros. Les médecins travaillant seuls n'ont droit à aucune aide, alors que leur charge de travail pour cinq cents dossiers médicaux globaux est sans doute plus importante que celle d'un cabinet commun à deux médecins.

Pourquoi cette discrimination ? Suppose-t-on qu'il y a une valeur ajoutée lorsqu'un dossier global est géré par un cabinet commun à deux ou à plusieurs médecins ? N'était-il pas plus logique d'apporter une aide financière aux médecins sur la base du nombre annuel de dossiers médicaux globaux, quel que soit le type de cabinet ? Ne place-t-on pas la barre un peu trop bas concernant le nombre exigé de dossiers médicaux globaux ?

06.02 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Le Conseil d'Etat a rendu un avis passablement acerbe à propos de l'arrêté royal Impulseo II. Le Conseil estime en effet qu'il est entaché d'une inégalité de traitement injustifiée étant donné que les pratiques individuelles ne bénéficient d'aucun soutien et que cette inégalité de traitement n'est pas motivée suffisamment. Le Conseil considère en outre que le médecin doit disposer lui-même de la faculté d'opter librement pour une pratique individuelle ou une pratique de groupe et qu'il peut dès lors y avoir violation de certaines libertés en matière de pratiques commerciales.

La ministre tiendra-t-elle compte de cet avis ? Des correctifs pourraient-ils être apportés à l'arrêté royal ? Dans quel délai l'arrêté modifié devrait-il être publié ?

06.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : La finalité du fonds Impulseo II, c'est d'aider les généralistes à remplir leurs formalités administratives et de stimuler l'informatisation et la collaboration entre les acteurs des soins de première ligne. Cinq cents dossiers médicaux globaux sont requis pour une pratique à deux, mille pour une pratique de groupe à trois. Les médecins ne sont pas obligés de partager un cabinet, il leur suffit de faire partie d'un cercle de médecins généralistes ou d'exercer dans des zones adjacentes, et de partager leurs données informatisées. Le fonds n'exclut donc aucune pratique individuelle répondant aux critères de collaboration.

Notre volonté est d'encourager toutes les initiatives tendant à optimiser la collaboration. La création de réseaux peut prendre diverses formes : cela peut aller de la simple organisation des services de garde à une médecine intégrée au sein du même cabinet ou dans une polyclinique. En Belgique, ces différentes formes coexistent. Il n'entre pas dans mes intentions d'intervenir dans cette organisation. En revanche, je souhaite soutenir toutes les initiatives visant à améliorer l'efficacité et la continuité des soins de première ligne. Du reste, les jeunes praticiens optent de plus en plus pour la création de réseaux et il importe d'apporter à ces réseaux un soutien administratif.

Mes services étudient actuellement l'avis du Conseil d'Etat. Dès que je disposerai de leurs conclusions, j'examinerai la possibilité d'adapter le texte. Il va de soi que le système actuel doit être évalué.

06.04 Maggie De Block (Open Vld) : Il est exact que les médecins qui pratiquent seuls ne sont pas totalement exclus s'ils exercent dans le même cercle de garde ou dans un cercle de garde adjacent mais ce qui est plus important, c'est que ces médecins ont la possibilité de partager les données informatiques de leurs fichiers de patients. Il est à espérer qu'à l'avenir, les services de garde pourront travailler avec un grand fichier de patients dont les dossiers pourront être consultés par chaque médecin du service de garde.

06.05 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : Cette collaboration entre médecins ne pose aucun problème à nos yeux mais nous devons éviter que les médecins qui pratiquent seuls soient victimes d'une discrimination. Quand la ministre devrait-elle recevoir l'avis de ses services de façon à ce que nous puissions y revenir ultérieurement ?

06.06 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : Je l'ignore.

L'incident est clos.

07 Question de Mme Katrin Jadin à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la formation d'aide soignant" (n° 5146)

07.01 Katrin Jadin (MR) : Depuis 2006, les critères relatifs à la formation d'aide soignant ont été revus. Les arrêtés royaux du 12 janvier 2006 déterminent les modalités de la reconnaissance de la qualification d'aide soignant et les tâches permises à ces derniers en fonction de leur diplôme ou de leur expérience.

Une reconnaissance « provisoire » de la qualification reste possible en vertu des dispositions transitoires applicables jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. L'intéressé doit, pour ce faire, avoir une occupation – dont la durée n'est pas précisée – dans un établissement accrédité. La reconnaissance provisoire de la qualification sera alors valable jusqu'au 13 février 2011. L'intéressé devra, en outre, avoir suivi une formation complémentaire de 120 heures dans un établissement accrédité.

Ces dispositions mettent en péril certaines institutions n'ayant pas d'accréditation et certaines formations proposées par des établissements scolaires secondaires (formations de type septième année spécialisée).

Avez-vous connaissance de ces problématiques liées à la mise en application desdits arrêtés royaux ? Si tel est le cas, quelles mesures pourriez-vous envisager de prendre pour pallier ces situations ?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je ne suis pas directement au courant de ces situations, mais suis consciente de problèmes potentiels lors de l'exécution de cette réforme de la fonction d'aide soignant.

La réforme visait à clarifier une situation hétérogène en évitant la multiplication de formations et qualifications diverses, tout en veillant à assurer une qualité de soins uniforme et à la légalité des prestations.

Je compte veiller à ce que l'enregistrement des personnes concernées se déroule avec le maximum de souplesse, tout en visant à respecter l'objectif qualitatif. À ce jour, 43.000 personnes sont déjà enregistrées, dont seulement 1.300 provisoirement ; 5.900 demandes individuelles sont encore en cours de traitement.

Les formations que les établissements d'enseignement proposent sont accréditées si elles rencontrent les conditions requises, à savoir un contenu de formation en rapport avec les soins qui peuvent être accomplis.

Je demanderai à mon administration de me faire rapport en cas de problèmes, mais je n'ai pas été interpellée directement sur de quelconques difficultés.

07.03 Katrin Jadin (MR) : Il s'agissait de deux situations différentes. Dans le cas de l'école, cette formation de 120 heures n'était pas insérée dans le programme d'étude. Quant à ceux qui pratiquent des soins, parfois depuis des années, dans des institutions qui ne seraient pas accréditées, quelles mesures sont envisagées ?

07.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Je vais examiner ce problème.

L'incident est clos.

08 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement d'un scooter électronique" (n° 5181)

08.01 Maggie De Block (Open Vld) : Les personnes à mobilité réduite ne peuvent solliciter le remboursement d'un scooter électronique que si le délai de renouvellement de leur précédent dispositif est écoulé. Cette règle ne tient nullement compte d'éventuelles modifications de l'état de santé du patient pouvant nécessiter l'acquisition d'un autre dispositif. Même si le patient peut prouver que le dispositif précédent n'est plus d'aucune utilité, toute demande introduite avant l'expiration du délai se voit opposer un refus par le Collège des médecins-directeurs, une situation qui entraîne l'immobilisation de ces personnes durant plusieurs années. J'ai déjà évoqué le problème lors de l'examen de la note de politique générale relative à la politique en matière de personnes handicapées.

Cette situation est-elle acceptable aux yeux de la ministre ?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : La réglementation permet le renouvellement anticipé de toutes les aides à la mobilité. Ces demandes doivent être traitées par le médecin conseil.

08.03 Maggie De Block (Open Vld) : J'ai personnellement connaissance d'un cas navrant où une demande a été refusée à deux reprises. Selon la mutualité, il n'y a plus de recours possible et la personne concernée ne pourrait pas disposer d'un scooter électronique avant trois ans. Maintenant que j'ai entendu la réponse de la ministre, je vais moi-même faire les démarches nécessaires auprès du médecin conseil.

L'incident est clos.

09 Question de M. Luc Goutry à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fonction du médecin conseil et coordinateur" (n° 5257)

09.01 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : La répartition des tâches entre les médecins conseils et les médecins coordinateurs dans les maisons de repos, d'une part, et les généralistes des pensionnaires des maisons de repos, de l'autre, prête à confusion. L'arrêté royal du 24 juin 1999 n'apporte aucune précision à ce sujet. La ministre a déjà annoncé qu'elle souhaitait mieux définir la fonction de médecin conseil et coordinateur, notamment au niveau de l'instauration d'honoraires de coordination. La commission médecins-mutualités serait chargée de préparer une proposition. Quel est l'état d'avancement de ce dossier ?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Un groupe de travail a rédigé à cet égard une proposition concrète qui sera inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion de la commission médico-mutualiste. Le SPF Santé publique, quant à lui, a rédigé un document ayant une portée un peu plus large. Étant donné que les normes relatives aux maisons de repos constituent une matière communautaire, il convient en outre d'organiser une concertation avec les Communautés dans le cadre de la conférence interministérielle Santé publique.

09.03 Luc Goutry (CD&V - N-VA) : J'espère que la commission médico-mutualiste pourra examiner la proposition rapidement et qu'elle se concertera ensuite avec les Communautés.

L'incident est clos.

10 Questions jointes de

- **M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la thèse de doctorat de M. Jan Van Overmeire consacrée à la consommation de drogue" (n° 5269)**
- **M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'étude de doctorat consacrée par M. Jan Van Overmeire à la consommation de drogues" (n° 5571)**

10.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : La gravité de la problématique de la drogue dans notre pays ne saurait être surestimée, comme le soulignent quotidiennement les journaux et la récente thèse de doctorat de M. Jan Van Overmeire. Selon celle-ci, il est illusoire de croire à l'impact des rafles. Cette thèse indique également que la communication erronée en ce qui concerne la loi et la confusion relative à la politique de tolérance en matière de cannabis ont contribué à un estompement extrême des normes.

Le ministre est-il informé des résultats de cette thèse de doctorat ? Comment réagit-il à cette thèse ? Le ministre a-t-il déjà demandé à l'administration d'examiner si la loi sur les drogues de 2003 ne doit pas être revue ?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Je sais que cette étude a été publiée, mais je n'ai pas encore eu l'occasion de prendre connaissance de la thèse dans son intégralité. Mes services ont déjà établi des contacts avec le promoteur et le chercheur. Le promoteur a confirmé que l'étude est de nature descriptive et ne formule aucune mesure de politique directe. Elle contient cependant des informations utiles qui pourront servir dans le cadre de l'élaboration d'une politique de lutte contre la drogue.

La politique de lutte contre la drogue doit englober toutes les substances psychoactives qui provoquent l'accoutumance. Il faut aussi que l'utilisation de ces substances soit considérée comme un problème de santé prioritaire et que les consommateurs ne soient pas stigmatisés. Enfin, les autorités doivent proposer des informations objectives et dépourvues de tout jugement à la mesure de leur groupe cible et, le cas échéant, orienter ce dernier vers une instance d'aide. La collaboration entre les autorités fédérales et les Communautés est primordiale. Je fais référence également référence ici à la cellule Drogues. Un cadre juridique cohérent en ce qui concerne la possession et la consommation de cannabis revêt un caractère essentiel. La possession et la consommation de cannabis sont par ailleurs de toute façon interdites aux mineurs et donnent lieu à des poursuites.

Seul le ministre de la Justice est habilité à demander qu'il soit vérifié si une révision de la loi de 2003 s'avère nécessaire.

Le problème de l'utilisation des drogues illégales et légales exige donc une approche globale et intégrée. Une telle approche est possible au sein de la Cellule générale Drogues. Une réunion préparatoire avec les cellules stratégiques des chefs de gouvernement a eu lieu le 16 mai. Cette cellule sera créée et rendue opérationnelle dans les prochains mois.

10.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : La ministre reconnaît, ce qui est positif, que la consommation de drogues, c'est-à-dire aussi de cannabis, entraîne d'importants problèmes de santé. Ce ne fut pas toujours le cas. De même, il est positif que la Cellule générale Drogues soit mise sur pied. Par ailleurs, j'interrogerai le ministre de la Justice concernant la réforme de la loi de 2003 sur les stupéfiants.

L'incident est clos.

11 Question de Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la législation sur les médicaments" (n° 5349)

11.01 Josée Lejeune (MR) : Une association de pharmaciens aurait déposé plainte contre une chaîne de magasins qui aurait mis en vente libre des médicaments soumis à prescription. Quel est votre avis sur cette situation ? Quelles mesures concrètes envisagez-vous de prendre ? Comment de tels produits peuvent-ils être vendus librement dans notre pays ?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Il n'entre nullement dans mes intentions de permettre que les médicaments puissent être vendus en dehors des pharmacies. Une enquête a été entamée par les services d'inspection de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, plus spécialement par l'Unité spéciale d'enquête (USE) à propos de la plainte que vous avez évoquée. En fonction des conclusions de l'enquête, nous verrons comment agir dans le respect des lois, des intérêts de la santé publique et des pharmaciens dans leur rôle de conseiller.

11.03 Josée Lejeune (MR) : Je vous rejoins puisque, dans votre note de politique générale, vous aviez déjà insisté sur l'implication du pharmacien et de son rôle d'expert en médicaments. Une fois connus les résultats

de l'enquête, nous aurons sans doute des possibilités de sanctions. Votre département n'a-t-il aucune possibilité de sanctions tant que les résultats ne seront pas disponibles ?

11.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Si un fait délictueux est constaté, des sanctions seront prises. Il y a une procédure à suivre par les enquêteurs.

L'incident est clos.

12 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la ministre des PME, des Indépendants, de l'Agriculture et de la Politique scientifique sur "la détention par les particuliers d'oiseaux de proie" (n° 5375)

12.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!) : Au mois de janvier dernier, un communiqué du SPF et de la DG 4 faisait état de la saisie de trois chouettes effraies chez un particulier peu scrupuleux.

Le service d'inspection du bien-être animal a placé les chouettes dans un refuge et a dressé procès-verbal. Selon le SPF la popularité des chouettes a brusquement augmenté suite à l'engouement pour l'univers de Harry Potter.

Quel est l'état de la législation en la matière ? Combien de dérogations ont-elles été accordées ? Combien de saisies vos services ont-ils dû opérer ? Comment réagit votre administration pour endiguer cet engouement mettant en danger la vie sauvage ?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Les oiseaux de proie naturellement présents sur le territoire sont protégés par la directive « Oiseaux », appliquée à travers les différentes législations régionales qui interdisent la capture des oiseaux dans la nature. Toutes les espèces d'oiseaux de proie, sont également inscrites aux annexes du règlement 338.97 du Conseil, relatives à la protection des espèces de faune et de flore sauvage, par le contrôle de leur commercialisation.

L'obtention d'un certificat permettant de contourner l'interdiction est possible, auprès de l'autorité compétente de l'État membre dans lequel le spécimen se trouve. Celui-ci est délivré au cas par cas si le spécimen est pourvu d'une marque d'identification individuelle et si le régime légal de ses parents est avéré.

Il ne s'agit donc pas d'un certificat de détention mais d'un certificat dérogeant à l'interdiction d'activité commerciale générale. Ce certificat doit être impérativement transmis à l'acheteur lors de la vente du spécimen. Il ne met pas en péril la survie de l'espèce mais garantit l'origine légale du spécimen.

Le service Bien-être animal et CITES comptent renforcer prochainement les contrôles auprès des éleveurs d'oiseaux de proie. DE 2005 à 2007 quelque 1500 certificats ont été délivrés, pour des spécimens élevés en captivité, notamment une cinquantaine d'espèces de rapaces. Depuis le début de l'année 2008, quatre chouettes effraie, une chouette hulotte, un grand duc, un faucon et deux buses ont été saisis.

12.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!) : Je me demande à partir de quels critères on accorde ces dérogations. Ne conviendrait-il pas d'en fixer les limites par une circulaire supplémentaire ?

12.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Les normes européennes comportent de telles limitations.

12.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!) : Si on délivre beaucoup de dérogations, c'est la porte ouverte aux abus, que vos services ne pourront pas maîtriser. Or on porte atteinte à la faune sauvage !

L'incident est clos.

13 Question de Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des moyens de contraception" (n° 5415)

13.01 Marie-Martine Schyns (cdH) : Depuis 2004, les femmes de moins de vingt et un ans peuvent bénéficier du remboursement des moyens de contraception. Il s'agissait d'une mesure expérimentale mise en œuvre pour lutter contre les grossesses non désirées chez les jeunes et améliorer la prévention des

maladies sexuellement transmissibles. Des campagnes d'information étaient également prévues.

Depuis le 6 mai, le site internet du SPF Sécurité sociale annonce que la mesure sera prolongée jusqu'au 30 juin. Après quoi, elle devrait subsister sous une autre forme.

Ces mesures de remboursement et ces campagnes d'information ont-elles fait l'objet d'une évaluation ? Quelles en ont été les conclusions ? La prolongation jusqu'au 30 juin concerne-t-elle aussi les campagnes d'information ? Sous quelle forme le financement se poursuivra-t-il ? La mesure sera-t-elle étendue aux tranches d'âge supérieures ?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : En mai 2007, l'Agence intermutualiste (AIM) a publié un rapport d'évaluation intermédiaire du remboursement expérimental des moyens de contraception pour les jeunes. Ce rapport évalue la mesure sur la base des données de la première année et décrit les campagnes réalisées de 2004 à 2006.

Au total, 144.838 jeunes filles (26 %) ont bénéficié de la mesure, qui a eu autant de succès chez les jeunes femmes socialement défavorisées que chez les bénéficiaires ordinaires. En moyenne, 39 % du coût des contraceptifs reste à charge des jeunes filles. Les pilules œstroprogestatives représentent 96 % des contraceptifs remboursés. Avec une consommation médiane de trois boîtes par an (neuf mois), la majorité des jeunes filles n'était pas sous contraception toute l'année.

La comparaison entre les données de la première année de la mesure et celle de la période précédente semble indiquer une augmentation de 10 % de la consommation.

Je veux aussi souligner que les nombreux rapports et articles consultés insistent sur l'importance des initiatives conjointes, notamment en matière d'éducation.

L'AIM constate l'incidence positive de la mesure et recommande de la pérenniser. Dans l'attente du rapport final et de son évaluation par le Comité de l'assurance, je ne peux pas encore vous répondre sur les modalités d'un éventuel remboursement structurel des contraceptifs oraux pour les jeunes filles, mais un arrêté royal devrait prolonger le financement de la mesure jusqu'à la fin 2008.

13.03 Marie-Martine Schyns (cdH) : Je suis heureuse d'apprendre qu'un arrêté royal accordera un délai jusqu'en décembre. Nous serons attentifs au rapport final et aux mesures qui suivront.

L'incident est clos.

Le **président** : La question n° 5423 de M. Flahaut est reportée.

14 Question de M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le système de soins de santé belge" (n° 5452)

14.01 Georges Dallemagne (cdH) : Selon un rapport récemment publié par l'Institut Itinera, intitulé « Quel est l'état de santé du système de santé en Belgique ? » le pays se prépare mal aux défis à venir en matière de santé.

Les éléments qui fondent actuellement le bon niveau de qualité et d'accessibilité de soins de santé (niveau élevé de qualification des professionnels de la santé, décentralisation du système, part importante de financement public et liberté d'exercice pour les prestataires) seraient mis en péril par différents constats, dont une croissance constante de la part des dépenses imputées au patient, alors que d'autres pays européens ont réussi à inverser la tendance, une insuffisance d'objectifs qualitatifs, un manque d'information au patient, les effets du *numerus clausus* et le fait que la gestion des soins de santé est aujourd'hui prioritairement budgétaire.

Quelle est votre position à propos de ces constats ? Quelles sont les réformes envisagées pour essayer de

conserver un bon niveau de qualité et d'accessibilité des soins en Belgique ?

14.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Tout d'abord, je tiens à dire que je me pose énormément de questions au sujet de l'Itinera Institute. Leurs analyses dénotent une vision extrêmement libérale, dans le mauvais sens du terme. J'ai entendu dire que beaucoup de problèmes internes s'y posaient en termes d'orientation générale de leurs travaux. D'ailleurs, le *Steering Health Committee* de cette institution n'était pas au courant des conclusions proposées. On ne peut, donc, considérer cet institut comme étant neutre.

Le rapport est basé sur des chiffres officiels de notre administration mais les conclusions posent un certain nombre de problèmes. Ainsi, les indicateurs de qualité ne sont pas très nombreux et impliquent, pour la plupart, des données provenant des chiffres de mortalité, qui ne sont pas des plus judicieux pour évaluer la qualité des soins de santé. Comme vous l'avez souligné, il conviendra de revoir la situation quand nous disposerons, sans doute très prochainement, des données mises à jour.

Par ailleurs, un indicateur plus critique est représenté par les infections nosocomiales, qui fait l'objet d'un recueil systématique et performant de données depuis quelques années grâce à la plate-forme « Antibiotiques ».

Nous sommes sans doute pénalisés dans les comparaisons internationales par le fait que nos banques de données sont complètes.

Quant à la part des dépenses privées en soins de santé, évaluée à 27 %, il serait peut-être judicieux de limiter les dépenses prises en compte aux dépenses acceptées dans le cadre de l'assurance soins de santé, contrairement à ce que fait l'institut.

Enfin, ce rapport me semble fondé sur une approche très elliptique de certains problèmes. Sur le plan des besoins de financement, notamment, il tient très peu compte des éléments qui impliquent qu'une norme de croissance élevée n'est pas seulement un objectif politique mais avant tout une réponse à des besoins sans cesse croissants.

Ma conviction est qu'il faut disposer à court terme d'un système objectif et public d'indicateurs mesurant la qualité de notre système, ce à quoi je m'emploie avec mes services.

14.03 Georges Dallemagne (cdH) : J'entends bien vos appréciations sur cet institut, plutôt récent.

Certaines des données de ce rapport proviennent de l'OCDE et on peut s'interroger sur la manière dont l'OCDE intègre certaines dépenses et pas d'autres. Mais cela permet de voir les évolutions et la situation des pays voisins. Et une telle évolution inquiète : les Belges consacrent de plus en plus d'argent à leurs soins de santé, alors même que la qualité des soins en Belgique n'est peut-être pas aussi élevée qu'on voudrait le croire. La question fondamentale est la suivante : pourra-t-on préserver notre modèle de soins de santé sans une réforme globale de l'approche du système de santé ? Le constat est que le pilotage budgétaire des soins de santé ne résout pas seul les problèmes.

14.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : On se pose sans cesse cette question avec l'ensemble des acteurs concernés. Ces sujets nous tiennent à cœur. Nous n'attendons pas qu'un donneur de leçons orienté nous interpelle !

Par ailleurs, l'INAMI a évoqué la volonté de travailler sur des systèmes d'évaluation de la qualité de notre système. Il faut toujours se remettre en question mais je préfère que ce soit fait ainsi.

14.05 Georges Dallemagne (cdH) : Quelle est la proposition de l'INAMI ?

14.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : On en a déjà parlé ici mais je vous transmettrai les informations.

L'incident est clos.

15 Question de Mme Marie-Martine Schyns à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'opportunité de prévoir un moratoire relatif à la commercialisation et aux essais d'OGM" (n° 5468)

15.01 Marie-Martine Schyns (cdH) : Du colza comportant la substance CT73 a été identifié dans le Hainaut occidental. Sa présence pourrait provenir d'une perte liée au transport de graines d'OGM. Le ministre wallon de l'Agriculture et de l'Environnement, Benoît Lutgen, a réagi vivement à cette nouvelle. Il souhaite qu'un moratoire relatif à la commercialisation et aux essais d'OGM soit fixé aussi longtemps qu'on ne dispose pas de toutes les certitudes pour éviter tout risque de dissémination. Quelle est votre position à ce propos ?

15.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Nous étudions le cas auquel vous faites référence avec la plus grande attention, afin de comprendre l'origine de cette plante de colza génétiquement modifiée GT73, et non CT. Pour ce faire, nous avons adressé une demande de renseignements à l'administration wallonne. En ce qui concerne ce colza de la firme Monsanto, il est autorisé pour l'import, la transformation et l'alimentation animale, mais pas la culture, au sein de l'Union européenne. La présence accidentelle de cet OGM ne comporte pas de risque pour la santé humaine et animale ni pour l'environnement. Néanmoins, il convient de comprendre la cause de sa présence afin d'éviter une répétition de ce phénomène. Mon administration étudie donc actuellement les différentes possibilités pouvant expliquer cette présence. Par ailleurs, le Printemps de l'environnement aborde la thématique des OGM et des risques de dissémination dans un atelier consacré à la biodiversité. Concernant le bien-fondé d'un moratoire sur la commercialisation et les essais d'OGM, je suis d'avis qu'il vaut mieux attendre les conclusions de cet atelier avant de prendre une décision.

L'incident est clos.

16 Question de M. David Lavaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le « statut social » des logopèdes au sein de l'INAMI" (n° 5478)

16.01 David Lavaux (cdH) : Les médecins, pharmaciens, dentistes et kinésithérapeutes bénéficient au sein de l'INAMI d'un mécanisme de protection sociale appelé « statut social ». Celui-ci est la contrepartie offerte par l'INAMI à ceux de ces professionnels qui acceptent de se conventionner et consiste en une somme ristournée par l'INAMI au prestataire de soins qu'il doit convertir soit en assurance pension ou en assurance risques professionnels.

Depuis le transfert de la logopédie du Fonds national de reclassement social des handicapés vers l'INAMI, la problématique du « statut social » relative aux logopèdes n'a jamais été finalisée. Quels sont les projets éventuels pour régler définitivement la question du « statut social » des logopèdes au sein de l'INAMI ? Envisagez-vous d'accorder également aux logopèdes les avantages octroyés aux autres professionnels, comme les médecins, les pharmaciens, les dentistes et les kinésithérapeutes ?

16.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Un système d'avantages sociaux est effectivement institué pour les médecins, les pharmaciens, les dentistes et les kinésithérapeutes. Pour le moment, les autres dispensateurs de soins ne bénéficient pas de ces avantages. Je souhaite mettre au diapason l'ensemble des professionnels de la santé mais il faudra agir en fonction des possibilités budgétaires de 2009.

16.03 David Lavaux (cdH) : J'espère que nous pourrions dégager les moyens budgétaires nécessaires pour rectifier cette iniquité.

L'incident est clos.

17 Questions jointes de

- Mme Josée Lejeune à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les patients hépatiques" (n° 5463)
- M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les progrès à réaliser dans la lutte contre les hépatites" (n° 5618)

17.01 Josée Lejeune (MR) : Le CHAC (Carrefour hépatites - aide et contact) a attiré l'attention sur l'absence de plan national de dépistage, de prévention et d'information en Belgique. Il affirme que 30 à 40 %

des malades dans notre pays n'ont pas accès aux traitements.

Les hépatites virales B et C concerneraient en Belgique deux personnes sur cent ; au niveau mondial, une personne sur douze. En Europe, près de 86.000 personnes décèderaient des suites de ces maladies.

Le professeur Driss Jamil souligne que si nous ne nous attaquons pas à cette maladie, elle deviendra un énorme fardeau au cours des vingt prochaines années, étant donné que les patients actuels risquent de développer un cancer du foie.

Quelles mesures comptez-vous prendre, et quand ? Pourquoi l'accès aux traitements est-il difficile ?

17.02 **Georges Dallemagne** (cdH) : Le 19 mai dernier, un colloque a été organisé au Parlement à l'occasion de la Journée mondiale des hépatites.

La Belgique est parfois pointée du doigt pour son manque d'énergie dans le combat contre l'hépatite C. Les médecins et les associations de patients dénoncent l'absence de remboursement d'actes médicaux indispensables à une prise en charge efficace et la moins coûteuse possible de cette maladie.

Les problèmes suivants ont été soulevés lors du colloque. Le traitement de l'hépatite C en phase aiguë diminue sensiblement le risque de chronicité et donc le coût total de la prise en charge de l'infection hépatique ; or ce traitement n'est pas remboursé en Belgique. Le taux de transaminases ne devrait plus être l'élément déterminant dans le remboursement du traitement des hépatites chroniques. Le protocole actuel de traitement ne permet pas de moduler la durée du traitement en fonction de la réponse rapide ou lente du patient. Il faudrait pouvoir traiter plus longuement les patients qui ont le sida et l'hépatite C. L'examen au fibroscan, qui permet d'avoir une bonne appréciation de l'état de fibrose du foie, devrait être remboursé en Belgique pour pouvoir être utilisé plus fréquemment.

Certains examens de laboratoires, qui permettent de mieux connaître la réponse virologique au traitement, ne sont pas remboursés.

Les associations et les médecins déploraient l'absence d'un plan de lutte contre les hépatites. Ils souhaitent que les traitements puissent être adaptés à chacun des cas et que le remboursement en tienne compte, pour le confort des malades et pour diminuer le coût des traitements.

17.03 **Laurette Onkelinx**, ministre (*en français*) : Ces dernières années, des progrès réalisés dans le traitement de l'hépatite virale se sont traduits par des extensions de remboursement de plusieurs médicaments.

Monsieur Dallemagne, le traitement de l'hépatite aiguë virale n'est pas remboursé car c'est une indication hors notice qui a servi de base à l'octroi du remboursement. Il n'est pas permis de rembourser des indications ou des médicaments qui ne disposent pas d'une autorisation de mise sur le marché pour lesdites indications.

Le traitement de l'hépatite C chronique chez des patients avec un taux anormal de transaminase est une indication remboursée. Le taux d'abandon en cours de traitement de la bi-thérapie et le fait que tous les patients ne guérissent pas après traitement rendent l'appréciation financière plus aiguë pour l'assurance soins de santé.

Seule une période de 24 semaines ou de 48 semaines de bi-thérapie contre le virus de l'hépatite est autorisée. D'autres durées sont hors notice.

Les producteurs respectifs peuvent alors demander une modification de la notice qui correspond à l'état de la science, notamment pour introduire les notions de répondeur rapide et de répondeur lent.

Le traitement antiviral chez les co-infectés hépatite C et virus du sida est une indication autorisée dont la demande de remboursement est à l'examen à la CRM. J'attends une proposition de remboursement en octobre prochain ou plus tard en cas de suspension de la procédure à l'initiative du producteur.

Au moins 100.000 personnes souffrent d'hépatite C et 80.000 d'hépatite B en Belgique. L'enjeu d'une prise en charge optimale est essentiel en matière de santé publique. Une collaboration étroite devra être mise en place aux niveaux fédéral, communautaire et régional.

Les généralistes, les spécialistes, les paramédicaux et les patients seront amenés à y participer. Les patients sont consultés, via leurs associations, afin de réaliser un inventaire des frais à leur charge. L'ensemble des informations collectées me permettra de présenter un projet au gouvernement.

En matière de prévention primaire, la Belgique se situe dans le peloton de tête européen puisque le vaccin contre l'hépatite B est gratuit et intégré dans le schéma de vaccination. Il n'existe pas encore de vaccin contre l'hépatite C. Un dépistage systématique ciblé sur les patients à risque devrait être envisagé, par exemple dans le cadre de la consultation préventive gratuite que je compte mettre en place tous les trois ans à partir de 25 ans. Nous devons également informer le grand public et étudier la possibilité d'élargir les critères de remboursement des médicaments pour l'hépatite B et l'hépatite C.

En concertation avec les Communautés, nous devons envisager le remboursement du vaccin contre l'hépatite B au-delà de 12 ans afin de favoriser la vaccination de rattrapage et celle des nouveaux arrivants non encore vaccinés.

Ce dossier est prioritaire à nos yeux.

17.04 Georges Dallemagne (cdH) : Il me semble ne pas vous avoir entendue au sujet du fibroscan.

17.05 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Vous avez raison. Je vais demander que l'on vous envoie ma réponse par écrit.

17.06 Georges Dallemagne (cdH) : À titre de test, des associations m'ont fait passer cet examen indolore, rapide et probablement moins coûteux qu'une biopsie hépatique. Cet examen est remboursé en France.

L'incident est clos.

18 Question de Mme Mia De Schamphelaere à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la non-constitutionnalité des arrêtés royaux 78 et 79" (n° 5482)

18.01 Mia De Schamphelaere (CD&V - N-VA) : Les arrêtés royaux numérotés 78 et 79 revêtent une importance essentielle pour la structure de nos soins de santé. Ils ont force de loi. Des rumeurs circulent de temps à autre à propos d'une éventuelle falsification de ces arrêtés royaux ou à tout le moins d'ajouts qui seraient effectués.

Est-il question de falsifications ? Ne serait-il pas préférable de faire à nouveau entériner le contenu des arrêtés royaux tels qu'ils sont appliqués actuellement ?

18.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Des différences existent entre les versions des arrêtés royaux n° 78 et 79 qui ont manifestement été approuvées en Conseil des ministres et celles qui ont été soumises pour publication. Les documents destinés au Conseil des ministres de l'époque étaient dactylographiés et comportaient des annotations manuscrites. Il n'est pas impossible que les versions n'aient pas été gérées de manière optimale. Parler de falsification me paraît tout de même excessif. Une erreur entre deux documents ne signifie pas nécessairement qu'il s'agit d'un acte volontaire et malveillant. Dans l'état actuel de la situation, aucun élément ne remet en cause la constitutionnalité de ces arrêtés royaux.

18.03 Mia De Schamphelaere (CD&V - N-VA) : La ministre confirme en fait qu'il existe des versions différentes et que la gestion des textes laisse à désirer mais aussi qu'aucune notification officielle n'a été faite au Conseil des ministres. La question se pose à présent de savoir comment nous pourrions garantir la

sécurité juridique. Il peut effectivement être tiré profit des différences entre les versions dans diverses procédures. Il convient donc d'examiner comment la sécurité juridique peut être renforcée.

18.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : J'ai confirmé l'existence de différentes versions et j'en ai expliqué les raisons. Il ne m'appartient pas de juger du reste.

L'incident est clos.

19 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la discrimination injuste à l'endroit des homosexuels dans la législation sur le don du sang" (n° 5501)

19.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Aujourd'hui, en Belgique, les homosexuels masculins sont toujours considérés comme étant un groupe à risque. Dès lors, ils se voient interdire de donner leur sang. Même la France et le Canada ont modifié leur législation, afin que la sélection ne porte plus sur les populations à risques mais sur les comportements à risques. Comptez-vous réformer les critères en application aujourd'hui dans notre législation ?

19.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : J'ai beaucoup travaillé contre les discriminations envers les homosexuels. C'est donc un sujet qui me tient à cœur.

La loi du 5 juillet 1994 concernant le sang et les dérivés sanguins d'origine humaine prévoit effectivement l'exclusion des donneurs qui présenteraient des comportements à risque. Ces comportements doivent être décrits dans un dépliant présenté préalablement aux donneurs. Or, d'après le dépliant d'information sur le Sida et les comportements à risque, un homme qui a eu des relations sexuelles avec un autre homme est considéré comme un risque.

Compte tenu du caractère éventuellement discriminatoire de cette pratique, mon prédécesseur a sollicité un avis auprès du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme. À la suite de cette demande, une brochure explicative sur l'exclusion des hommes homosexuels a été rédigée. Elle est le résultat d'une concertation entre le Centre, la Plate-forme prévention Sida et la *Holebifederatie*.

Le débat sur cette exclusion a lieu dans de nombreux pays avec de récents revirements de position. Notamment, la ministre de la Santé française a décidé, le 27 novembre dernier, de lever l'interdiction du don de sang pour les homosexuels. Cette décision ne fait cependant pas l'unanimité auprès des professionnels de la santé. Les conclusions qui seront rendues par la commission chargée par la ministre française de la mise en place de la levée de l'interdiction semblent être une bonne base de travail pour le groupe qui aura à évaluer cette question. Nous devons nous assurer que cette exclusion est justifiée scientifiquement et la mettre en balance avec le principe selon lequel toute personne doit avoir la possibilité de vivre son orientation sexuelle sans subir de discrimination.

Je suis donc d'accord d'ouvrir à nouveau le débat. Attendons cependant les conclusions du groupe de travail français, de manière à ne pas recommencer à zéro le même travail qu'en France.

19.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Je n'ai aucune inquiétude sur son ouverture d'esprit. Elle l'a montrée en tant que ministre de la Justice précédemment. J'observerai avec attention le suivi nécessairement positif en fonction des conclusions de la ministre française de la Santé.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 52.