

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

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

van

du

DINSDAG 10 MAART 2009

MARDI 10 MARS 2009

Namiddag

Après-midi

De behandeling van de vragen en interpellatie vangt aan om 15.02 uur. De vergadering wordt voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Vraag van de heer Xavier Baeselen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Belirisakkoord en het relanceplan van de federale regering" (nr. 10940)

01.01 Xavier Baeselen (MR): Mijn vraag betreft het herstelplan van de federale regering en het Belirisakkoord. In het kader van dat herstelplan was er sprake van een versnelde realisatie van bepaalde grote werken, met name in Bozar, aan de Leopold III-laan, aan het station Kunst-Wet, enz.

Zijn er nieuwe financiële middelen uitgetrokken ten opzichte van wat aangekondigd werd voor 2009? Over welke dossiers gaat het in dat versneld doorgevoerd scenario zoals aangekondigd? Zijn die beslissingen definitief en werd er overleg over gepleegd met het Brussels Gewest?

Er wordt niet meer gesproken over de bouw van een nieuw stadion in Brussel. Zijn de bedragen die daarvoor uitgetrokken waren, vastgelegd en gebruikt?

01.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Reeds in december 2008 besliste de federale regering bijkomende middelen uit te trekken voor investeringen in infrastructuur. Wat Beliris betreft, hebben we een verhoging van de vastleggingskredieten met 70 miljoen euro ingeschreven ten opzichte van wat aanvankelijk was vastgelegd in de begroting 2009, en een verhoging van de ordonnanceringskredieten met 20 miljoen euro.

Na ruggespraak met het Brussels Gewest leggen we thans de laatste hand aan een akkoord waarin een versnelde uitvoering vervat zou moeten staan van de werken aan de Leopold III-laan, het metrostation Kunst-Wet, het Paleis voor Schone Kunsten, het stadion van Crossing Schaarbeek of het westelijke vak van de kleine ring. Al deze dossiers uit de vorige avenanten of uit het huidige avenant worden uitgevoerd.

De voor 2008 uitgetrokken kredieten ten belope van 2,5 miljoen euro op de post "Stadion: bouw of renovatie" werden aangewend om de atletiekpiste en de grasmat van het Koning Boudewijnstadion te vernieuwen. In 2010 wordt er voor deze begrotingspost een krediet van 5 miljoen euro toegekend. Het Brussels Gewest moet dienaangaande nog een programma indienen.

01.03 Xavier Baeselen (MR): Het stelt me gerust dat de vastleggingskredieten worden opgetrokken.

Ik heb de premier eerder al ondervraagd met betrekking tot het stadion. Ik betreur het dat het Brussels Gewest geen beslissing heeft genomen inzake de bouw van een nieuw stadion. Indien men het WK in België wil organiseren, zal men bepaalde knopen moeten doorhakken.

01.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Op 25 april vindt het tweejaarlijkse colloquium van de Planningscommissie plaats. Het programma zal me worden bezorgd.

Het incident is gesloten.

02 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vroege diagnose en behandeling van hiv/aids" (nr. 10932)

02.01 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Het Europees Parlement heeft op 20 november 2008 een resolutie aangenomen over de vroegtijdige diagnose en behandeling van hiv/aids.

Heeft de minister reeds de opdracht gegeven om voostellen van strategie uit te werken? Zeker aan de meest kwetsbare groepen moet er voorlichting worden gegeven over de voordelen van vroegtijdige zorgverlening. Voorlichting en educatie zijn bij ons een bevoegdheid van de Gewesten en Gemeenschappen, dat mag men niet uit het oog verliezen. Welke strategie zal ons land volgen om de vroegtijdige diagnose en behandeling effectief te maken? Hoe zal de minister de vroegtijdige screening coördineren?

Europa wil ook elke discriminatie ten aanzien van hiv-patiënten uitsluiten. Die kwestie situeert zich vaak op verzekeringstechnisch en juridisch vlak. Hoe gaan wij zulke discriminatie tegen? Krijgen illegalen en asielzoekers toegang tot de psychologische opvolging en medicatie? Hoe zit het met reconstructieve heelkunde en esthetische therapieën? Komt dit thema aan bod tijdens het Europees voorzitterschap van 2010?

Bestaat er een vorm van registratie van de stadia waarin hiv werd ontdekt? Bestaan er gegevens over de prevalentie van de dragers? Hoe kan die registratie eventueel worden verbeterd?

02.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Gegevens van het Wetenschappelijk Instituut voor de Volksgezondheid tonen aan dat de laatstijdig vastgestelde hiv-infecties in België de laatste tien jaar zijn gedaald van 47 procent in 1997 naar 29 procent in 2007 voor niet-Belgen - het gaat in dit geval dan wel om een eerste positieve test in België - en van 34 procent naar 22 procent voor Belgen. In 2007 werden in België 9.351 patiënten met hiv medisch opgevolgd, dat is 9 procent meer dan in 2006.

(*Frans*) Ten derde is er een antidiscriminatiewet. Voor gedetailleerde informatie moet u zich tot het Centrum voor gelijkheid van kansen wenden. Wat mijn diensten betreft, werd er geen onderscheid gemaakt op grond van een eventuele hiv-besmetting.

Ten vierde moet u, aangezien het om illegalen en asielzoekers gaat, de minister van Migratiebeleid ondervragen.

(*Nederlands*) Firma's die producten hebben voor de behandeling van lipoatrofie, werden gestimuleerd om een aanvraag tot terugbetaling in te dienen. Dat bestaat nog niet.

Er is nog geen uitsluitel over de agendapunten van het Belgisch voorzitterschap. Er werd een werkgroep opgericht binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid om de initiatieven in de strijd tegen hiv/aids op elkaar af te stemmen.

02.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Ik zal mij ook tot de andere bevoegde ministers wenden. Het is positief dat er minder patiënten ontdekt worden in een later stadium. Bij de uitwerking van de strategie kan men misschien ook de ministers van Gelijke Kansen en Asielbeleid betrekken. Maar zal minister Onkelinx het voortouw nemen inzake een beleid van vroegtijdige diagnose, screening en therapie.

02.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Het is aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid

om een echte strategie uit te werken.

Het incident is gesloten.

03 Vraag van mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de prijs van de hoorapparaten" (nr. 10942)

03.01 Lieve Van Daele (CD&V): Audiciens verkopen vaak te dure hoorapparaten. Nochtans toont een studie van het kenniscentrum aan dat dure hoorapparaten geen duidelijke voordelen bieden. De patiënt betaalt onnodig meer, want de Riziv-bijdrage is voor alle apparaten vastgelegd. Het kenniscentrum stelt daarom voor om audiciens een honorarium toe te kennen in plaats van een percentage op de verkoopprijs.

Steunt de minister de aanbevelingen van het kenniscentrum? Zal zij maatregelen nemen?

03.02 Minister Laurette Onkelinx (*Nederlands*): De studie toont aan dat er geen evidencebased onderzoek is dat de voordelen van duurdere hoorapparaten objectief aantoont. Wel is het zo dat de patiënten de complexere apparaten vaak als beter beoordelen.

Op 30 juni 2008 heeft de overeenkomstencommissie audiciens-verzekeringsinstellingen van het Riziv een overeenkomst afgesloten voor een betere terugbetaling van hoorapparaten. De overeenkomst loopt tot 31 maart 2009 en wordt dan geëvalueerd. Er moet inderdaad meer transparantie over de prijzen zijn en de patiënten moeten beter worden geïnformeerd over het bestaan van volledig terugbetaalde apparaten.

Uit een eerste analyses van de supplementen die patiënten betalen, blijkt dat de afgelopen vijf maanden bijna de helft van de patiënten onder de achttien jaar geen supplement betaalde, van de volwassenen betaalde 30 procent geen supplement. Ik zal erover waken dat de voorstellen van de overeenkomstencommissie een verbetering voor de patiënt betekenen.

03.03 Lieve Van Daele (CD&V): Kunnen horen is belangrijk voor het psychisch welbevinden van de mensen. Ik ben blij dat de betaalbaarheid van de hoorapparaten wordt opgevolgd en geëvalueerd. Ik hoop dat er blijvende maatregelen komen om hoorapparatuur betaalbaar te houden.

Het incident is gesloten.

04 Vraag van de heer Georges Dallemagne aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van de griep epidemie" (nr. 11153)

04.01 Georges Dallemagne (cdH): In januari werd ons land door een griep epidemie getroffen. Hoeveel personen kregen griep? Welke leeftijdsgroepen kregen het het zwaarst te verduren? Welke complicaties deden zich voor? Beschikt u al over de sterftcijfers voor de kwetsbare groepen?

Hoeveel procent van de risicogroepen liet zich vaccineren? Hoe doeltreffend was die vaccinatie? Hoe groot was de impact van de campagne "5 tips om de verspreiding van griep te voorkomen", die op initiatief van het Interministerieel Commissariaat Influenza op touw werd gezet? Hoeveel dagen werden er bij benadering opgenomen wegens ziekteverlof? Werden er meer antibiotica gebruikt in weerwil van het feit dat ze geen soelaas bieden tegen de griep? Welke conclusies trekt u hier voor volgend jaar uit met betrekking tot de vaccinatie en de adviezen aan de artsen en de bevolking?

04.02 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Mijn antwoord zal niet volledig zijn want de epidemie zit pas nu in haar eindfase. Zo'n 4,4% van de bevolking heeft een arts geraadpleegd. Tijdens een normaal griepseizoen verwacht men zich eraan dat tussen de 5 en 15% van de bevolking dat doet. Dit seizoen blijven we in het gemiddelde. Men vindt het grootste aantal zieken bij de kinderen, en de bejaarde bevolking lijkt het minst getroffen. Dat zou ook een gevolg van de vaccinatie kunnen zijn. Ook het sociaal isolement zou er een verklaring kunnen voor zijn.

Ik ben niet in staat u het aantal overlijdens door griep op te geven. De bijkomende sterfte wordt berekend

door het verschil vast te leggen tussen de waargenomen sterfte en de verwachte sterfte. Die verwachte sterfte wordt geraamd met de hulp van een statistisch model gebaseerd op de sterfte van de vijf jongste jaren. De vastgestelde bijkomende sterfte in januari 2009 vloeit zeker voort uit een combinatie van verscheidene factoren, zoals een heel koude winter, verscheidene pollutiepieken, een hoge incidentie van ademhalingsproblemen en influenza.

In de maand januari 2009, werden 1.571 bijkomende overlijdens gemeld. De personen van 85 jaar en ouder waren de grootste groep. In de twee eerste weken van de maand februari werd een bijkomende sterfte van 798 overlijdens opgetekend. Het is nog te vroeg om de balans van de sterftcijfers op te maken voor de hele maand februari.

Men schat dat ongeveer 60% van de personen ouder dan 65 jaar zich laat vaccineren.

De vaccinatiegraad van de andere groepen zou wetenschappelijk moeten worden onderzocht. Er bestaat nog geen systeem om de efficiëntie van de vaccinaties systematisch te onderzoeken in België, noch in de meeste andere Europese landen. Diverse instanties hebben belangstelling betoond voor de campagne: "Vijf tips om de verspreiding van griep te voorkomen": verscheidene gemeenten, ziekenhuizen en medische huizen hebben om bijkomende affiches gevraagd. De gegevens met betrekking tot het aantal verletdagen zijn nog niet beschikbaar. De vaccinatie, de preventie en de financiering, die tot de bevoegdheid van de Gemeenschappen behoren, zullen op dat niveau worden aangekaart.

04.03 Georges Dallemagne (cdH): Ik kan u er alleen maar toe aanmoedigen die interministeriële coördinatie voort te zetten en de bevoegdheden met betrekking tot de gegevensinzameling op dat niveau zelfs nog uit te breiden. Het zou interessant zijn na te gaan waardoor die 1.571 sterfgevallen in januari 2009 precies werden veroorzaakt. Er is immers sprake van een oversterfte, en dat moeten we bestrijden.

Niet alle cijfers zijn dus al beschikbaar. De incidentiecijfers met betrekking tot de voorbije epidemie lagen in de buurt van het gemiddelde, en waren zelfs veeleer laag. De resultaten van de campagne waren uitstekend; men zou er goed aan doen volgend jaar een nog duidelijkere boodschap te brengen.

Het incident is gesloten.

04.04 De voorzitter : Vragen nrs. 11161 van de heer Bacquelaine en 11191 van mevrouw Schyns worden uitgesteld.

05 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het exclusief recht van apotheken om eersteleefijds melken te verkopen" (nr. 11202)

05.01 Maggie De Block (Open Vld): In het voedingsplan wordt bepaald dat alleen officina-apothekers eersteleefijds melk mogen afleveren aan de consument. Blijkbaar staat dat nu ter discussie.

Hoever staat het met de uitvoering van krachtlijn 4a, actie 34?

05.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Sinds de lancering van het plan is actie 34 voorwerp geweest van talrijke debatten tussen verscheidene experts. Na onderzoek van het dossier ben ik geen voorstander meer van de exclusieve verkoop van eersteleefijds melk in de apotheek. Ik pleit voor het behoud van de huidige situatie. Dat bevordert de prijsconcurrentie zonder afbreuk te doen aan de kwaliteit. De samenstelling van de zuigelingenvoeding is immers strikt gereguleerd. De richtlijn die dat regelt, bepaalt geen specifiek distributiekanaal.

05.03 Maggie De Block (Open Vld): De minister gaat in tegen het advies van de Hoge Gezondheidsraad, van de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde en de Belgische Vereniging van de Sector voor Kinder- en Dieetvoeding. Dit houdt risico's in omdat er bij de aankoop van babyvoeding geen vragen kunnen worden gesteld, terwijl er een enorm gamma op de markt is.

05.04 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Sommige, met geneesmiddelen gelijkgestelde, voedingsmiddelen voor kinderen zijn enkel te verkrijgen in de apotheek.

De **voorzitter**: Het ligt niet voor de hand dat de apotheker meer garanties biedt.

Het incident is gesloten.

06 Vraag van de heer **Jean-Luc Crucke** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het hyper-IgM-syndroom" (nr. 11210)

06.01 **Jean-Luc Crucke** (MR): De specificiteit van het hyper-IgM-syndroom is dat het enkel jongens treft, het wordt gekenmerkt door de afwezigheid van natuurlijke afweer, mentale achterstand, hyperactiviteit en tal van allergieën. Het onderzoek evolueert, maar jammer genoeg is er nog geen remedie.

Hoe worden de kinderen die aan die ziekte lijden, verzorgd? Worden de medische kosten ten laste genomen door de sociale zekerheid? Over hoeveel kinderen gaat het in ons land?

Heeft men de oorzaken kunnen blootleggen?

06.02 Minister **Laurette Onkelinx** (Frans): Er bestaan twee types van het hyper-IgM-syndroom: het X-gebonden hyperimmunoglobuline-M-syndroom en het autosomaal recessief hyperimmunoglobuline-M-syndroom. Bijna 30 procent van de gevallen vloeien voort uit mutaties en worden dus niet doorgegeven.

De therapeutische mogelijkheden zijn het levenslang toedienen van immunoglobuline of de transplantatie van beenmerg bij jongens die aan het X-gebonden syndroom lijden.

Wat de sociale zekerheid betreft in het algemeen, aangezien de gezondheidszorg geen voorwaarden oplegt op grond van het type pathologie, worden de tussenkomsten voor diagnose en therapie terugbetaald.

Voor bepaalde dure therapieën bestaan er natuurlijk voorwaarden die het recht op volledige terugbetaling in categorie A beperken en is een voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds verplicht. Plasma-immunoglobulinen en polyvalente immunoglobulinen, bijvoorbeeld, worden terugbetaald indien wordt aangetoond dat aan een aantal specifieke voorwaarden is voldaan.

De nomenclatuur wordt regelmatig aangepast om rekening te houden met de beschikbare medische technieken en met de beschikbare kredieten. De MAF (maximumfactuur) beschermt de patiënten die intensieve geneeskundige verzorging nodig hebben door hun persoonlijke bedrage jaarlijks te beperken tot een maximumbedrag dat afhankelijk is van hun inkomen.

U weet ook dat we werken aan een verbetering van de regeling ten voordele van de chronisch zieken.

De prevalentie van die zeer zeldzame ziekte is nog niet bekend.

Wat de oorzaken van de ziekte betreft, is het X-gebonden hyperimmunoglobuline - M - syndroom een afwijking van de cytotoxiciteit van de B- en T-lymfocyten. De humorale afweer is laag of onbestaand.

Het autosomaal recessief hyperimmunoglobuline-M-syndroom is zeer zeldzaam en komt zowel voor bij meisjes als bij jongens. De klinische symptomen zijn erg uiteenlopend, zelfs in dezelfde familie. De diagnose berust op klinisch onderzoek en op de biologische afwijkingen.

Voor het X-gebonden hyperimmunoglobuline-M-syndroom bestaat er een betrouwbare test waarmee kan worden uitgemaakt wie drager is van de gemuteerde genen, en die eveneens gebruikt wordt voor de prenatale diagnose.

Het incident is gesloten.

07 Vraag van mevrouw **Lieve Van Daele** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de supplementen in ziekenhuizen" (nr. 11248)

07.01 **Lieve Van Daele** (CD&V): Uit een analyse van de ziekenhuisfacturen door de socialistische mutualiteit bleek nogmaals dat er hoge supplementen worden aangerekend. Sommige artsen rekenen tot vijf keer meer aan dan wettelijk is toegelaten.

Bij de bespreking van haar beleidsnota beloofde de minister om hiertegen maatregelen te nemen en om de chronisch zieken beter te beschermen, waarvoor twee miljoen euro zou worden vrijgemaakt. Ook verklaarde zij dat ze de supplementen voor gemeenschappelijke en dubbele kamers wilde afschaffen en dit voor chronisch zieken al in 2009. Zal dit inderdaad nog dit jaar worden gerealiseerd?

07.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Volgens de overeenkomst tussen geneesheren en ziekenfondsen inzake de beperking van de supplementen moet er eerst overlegd worden in de overeenkomstencommissie geneesheren-ziekenfondsen. Op 10 december 2008 vroeg ik aan de voorzitter van die commissie om een concreet voorstel uit te werken voor de afschaffing van de supplementen voor chronisch zieken in een gemeenschappelijke kamer of een tweepersoonskamer. Tegelijkertijd moet een ad-hocwerkgroep van het Riziv mij voorstellen overhandigen over de afbakening van de doelgroep van chronisch zieken.

De dienst Gezondheidszorg van het Riziv heeft mij onlangs gevraagd om een werkgroep met vertegenwoordigers van de geneesheren, de verzekeringsorganisaties en de beleidscel Sociale Zaken en Volksgezondheid samen te roepen om de opmaak van het voorstel voor de overeenkomstencommissie te vergemakkelijken.

(*Frans*) Om geen tijd te verliezen zal de vergadering eerstdaags plaatsvinden.

De eerste werkhypothese voor de definitie van het statuut van chronisch zieke zijn klaar. Het RIZIV en mijn beleidscel zullen hierover overleg plegen. De ad-hocwerkgroep zal bijeenkomen om een volledig voorstel uit te werken, maar de deadline van eind maart zal waarschijnlijk niet gehaald worden.

Ik zou tegen eind april of mei moeten beschikken over een dossier betreffende de bescherming van chronisch zieken tegen supplementen in ziekenhuizen. Ik ben van plan de nodige maatregelen te treffen met het oog op de tenuitvoerlegging van een en ander in het najaar.

07.03 **Lieve Van Daele** (CD&V): Ook de ziekenhuizen zouden graag bij het overleg van de commissie artsen-ziekenfondsen worden betrokken. De betaalbaarheid van de facturen is ook voor hen een belangrijke kwestie.

07.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Ik zal die boodschap doorgeven.

Het incident is gesloten.

08 **Vraag van mevrouw Thérèse Snoy et d'Oppuers aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ecocheques" (nr. 11258)**

08.01 **Thérèse Snoy et d'Oppuers** (Ecolo-Groen!): Er wordt een nieuw systeem van loontoeslag in de vorm van ecocheques ingesteld. Hoe zal dat systeem werken? Hoe zullen de handelaars in de winkel kunnen en moeten aangeven welke producten met ecocheques aangekocht kunnen worden? Hoe zullen de klanten worden geïnformeerd met betrekking tot die producten? Kunt u ons de definitieve lijst van die producten bezorgen? De door de Nationale Arbeidsraad opgestelde lijst bevat namelijk producten die men niet elke dag koopt, bijvoorbeeld een hemelwaterput.

Staan er biologische producten op die lijst? Zo niet, hoe komt dat? Men had de gelegenheid te baat kunnen nemen om deze producten te promoten, en het systeem zou ook zeker gewerkt hebben, aangezien het label algemeen bekend is en makkelijk herkenbaar is voor de verkopers en de consumenten. Kunnen de biologische producten alsnog aan de lijst worden toegevoegd?

08.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Dat systeem werd uitgedacht door de sociale partners in het kader van het centraal akkoord. De lijst die ze hebben goedgekeurd, beantwoordt aan zes categorieën van doelstellingen: energiebesparing, rationeel waterverbruik, duurzame mobiliteit, afvalbeheer, ecodesign en aandacht voor de natuur.

De sociale partners zullen die lijst bekendmaken in het kader van de collectieve overeenkomsten. Ze zullen

dan ook informatie verstrekken over de producten die met een ecocheque kunnen worden aangekocht. De handelaars zullen zich moeten houden aan de lijst die de Nationale Arbeidsraad heeft opgesteld.

08.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Het is de gelegenheid bij uitstek om de burgers tot een milieubewuster consumptiepatroon aan te sporen. De politieke overheid kan bevoegdijk nagaan of die ecocheques inderdaad worden toegekend voor milieuvriendelijke producten. Aangezien de regering dat systeem ondersteunt, zou het bijzonder milieuvriendelijke karakter van de betrokken producten buiten kijf moeten staan.

Waarom komen de bioproducten niet op die lijst voor?

08.04 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Ik ben het ermee eens dat men in het kader van het herstel misschien het duurzaam en verantwoord verbruik moet bevorderen, maar de producten waarvoor de ecocheques zullen kunnen worden gebruikt, werden door de sociale partners gekozen. Wij waren bij een en ander niet betrokken.

08.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Er is toch een regeringsbeslissing geweest!

08.06 Minister Laurette Onkelinx (*Frans*): Wij hebben het centraal akkoord in zijn geheel goedgekeurd.

08.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Het is jammer dat er geen mogelijkheid was voor een inbreng van de regering.

De **voorzitter**: De sociale partners hebben het soms moeilijk om de filosofie achter de ecocheques uit te leggen.

Sommige werknemers klagen over beleidsmaatregelen waarbij hun aankoopgedrag wordt gestuurd.

Het incident is gesloten.

09 Vraag van mevrouw Zoé Genot aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van hormonale behandelingen bij geslachtsverandering" (nr. 11268)

09.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Ons parlement nam op 25 april 2007 een wetsvoorstel betreffende de transseksualiteit aan, waarin de wetgever de wens uitdrukte om mensen die van geslacht willen veranderen, te steunen.

Toch ondervond een burger moeilijkheden bij de terugbetaling van een hormoontherapie voor masculinisatie. De adviserende geneesheer van het ziekenfonds wees de aanvraag van de huisarts van de betrokkene, die hem een viriliserende hormoontherapie (Sustanon) voorschreef, af met als argument dat de wet enkel voorziet in de terugbetaling van Androcur (oestrogeen voor feminisatie) en dan nog alleen wanneer het door een endocrinoloog wordt voorgeschreven.

Welke viriliserende en feminiserende hormoonbehandelingen op voorschrift worden er terugbetaald? Wie mag deze voorschrijven en onder welke voorwaarden? Wat zijn de terugbetalingstarieven?

Welke terugbetalingen zijn er mogelijk voor heelkundige ingrepen (borstamputatie, reconstructie van de geslachtsdelen, enz.) en onder welke voorwaarden?

09.02 Minister Laurette Onkelinx : (*Frans*): Sustanon is de enige specialiteit met testosteron waarvoor een terugbetaling toegestaan is. Dit geneesmiddel biedt een aanvullende testosteronbehandeling voor mannen met een endocriene hypofunctie van de gonaden en osteoporose ten gevolge van een androgeeninsufficiëntie.

De terugbetaling wordt toegestaan op grond van een verslag waarin een geneesheer-specialist in de gynaecologie, in de inwendige geneeskunde, de pediatrie of de urologie de diagnose bevestigt aan de hand van twee testosterondoseringen met een tussenpoos van 14 dagen.

Geen enkele viriliserende hormoontherapie wordt terugbetaald in de door u vermelde gevallen.

Transseksualisme wordt niet vermeld bij de indicaties voor testosteron bevattende specialiteiten.

Het is aan de fabrikanten van die specialiteiten om uitleg te verschaffen over het feit dat bepaalde indicaties niet worden vermeld en om in voorkomend geval de terugbetaling te vragen aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.

09.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Zo nodig zal ik u hierover opnieuw ondervragen, want de behandeling van personen die een geslachtsverandering wensen, moet betaalbaar blijven. Het is bekend dat het zelfmoordrisico bij deze groep hoog is: we moeten onnodige hinderpalen dan ook uit de weg ruimen.

Het incident is gesloten.

10 Vraag van mevrouw Lieve Van Daele aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de sterke stijging van de verkoop van slaap- en kalmeermiddelen" (nr. 11286)

10.01 Lieve Van Daele (CD&V): Volgens pharma.be werd er vorig jaar voor 270 miljoen euro aan slaapmiddelen verkocht in ons land. Daarmee behoren wij tot de koplopers in Europa. De minister sprak daarom twee professoren aan om een onderzoek te voeren naar de reden voor dit hoge cijfer. Ook kondigde zij een campagne aan om het misbruik in te perken.

Wat is de stand van zaken van het onderzoek? Over welke professoren gaat het? Is het onderzoek een literatuurstudie of gebeuren er ook interviews? Wordt de gefocust op de gebruiker of zal ook rekening worden gehouden met het voorschrijfgedrag van de artsen en de marketingstrategieën van de farmaceutische industrie?

Gebeurt de campagne om het misbruik in te perken is samenspraak met de Vlaamse minister van Welzijn? Zijn er al concrete plannen?

10.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De studie over psychomedicatie werd toevertrouwd aan de professoren Deboutte, kinderpsychiater, en Malotiaux, neuropsychiater en professor farmacologie. Op basis van de cijfers van het Riziv hebben zij een eerste stand van zaken opgesteld, waarna zij enkele denksporen hebben geformuleerd. Die worden geanalyseerd en informeel besproken met de betrokkenen. Over de concrete voorstellen die hieruit voortvloeien, zal vervolgens formeel worden overlegd.

Ik ben niet gekant tegen een preventiecampagne, uiteraard in overleg met de regio's. De sensibiliseringscampagnes over slaap- en kalmeermiddelengebruik – ook in 2009 volgt er een – hebben een positief resultaat. Als de studie een preventiecampagne aanbeveelt, zal dat worden besproken in de interministeriële conferentie Volksgezondheid.

10.03 Lieve Van Daele (CD&V): Wordt het onderzoek van de professoren ook gepubliceerd?

10.04 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): Ik zal een kopie van het rapport aan de commissie bezorgen.

10.05 Lieve Van Daele (CD&V): Ik zal het met veel interesse lezen. Het probleem van slaap- en kalmeermiddelenverslaving wordt zwaar onderschat. Bovendien is de drempel om deze middelen te nemen, erg laag.

Het incident is gesloten.

11 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan verpleegkundigen" (nr. 11308)

11.01 Maggie De Block (Open Vld): De ziekenhuizen en rustoorden hebben heel wat vacatures voor verpleegkundigen en krijgen die moeilijk ingevuld. Daarentegen hebben de overheden de neiging om de normen voor het aantal verpleegkundigen op te trekken. Er is al een aantal maatregelen genomen om verpleegkundigen langer aan het werk te houden, waar mogelijk wordt een beroep gedaan op buitenlandse verpleegkundigen en men heeft de zorgkundige ingevoerd.

Ziekenhuizen beginnen nu een aantal taken toe te vertrouwen aan anderen, zodat de verpleegkundigen zich op het verplegen kunnen concentreren.

De regelgeving dwingt verpleegkundigen vaak tot puur administratieve taken. Er zijn in België ongeveer 900 fulltime equivalenten in ziekenhuizen uitsluitend bezig met de registratie van de minimale verpleegkundige gegevens.

Wordt er nagedacht over een andere invulling van de opdracht van de verpleegkundige die nauwer aansluit bij de opleiding, en het delegeren van opdrachten aan anderen? In welk stadium zit men dan? Is het anders niet wenselijk daarover het debat aan te gaan met ziekenhuizen en verpleegkundigen?

11.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Mevrouw De Block, ik deel uw bezorgdheid volkomen. De schaarste aan verpleegsters op de arbeidsmarkt maakt dat ze bij voorkeur moeten worden ingezet voor activiteiten waar hun deskundigheid vereist is. Verscheidene maatregelen uit het plan om het beroep van verpleger aantrekkelijker te maken, waarvan de uitvoering begonnen is, gaan trouwens in die richting. Sommige ziekenhuizen beschouwen die herschikking van de activiteiten nog niet als een prioriteit. Mijn administratie werkt actief aan een maximale vereenvoudiging in dat opzicht. Overleg tussen de deelstaten zou het delen van informatie moeten kunnen verbeteren. Het in de pers geciteerde cijfer van 900 voltijds equivalente verplegers voor het registreren van verpleegkundige gegevens van de minimale ziekenhuisgegevens is overdreven. Bovendien is het voor het registreren van die gegevens nodig over medische of verpleegkundige kennis te beschikken, iets niet kan worden gedelegeerd.

(Nederlands) De eerste toepassing volgt op een studie van de FOD Volksgezondheid, die op haar beurt volgt op een studie van het kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, die aanzette om de analyses diepgaander te bestuderen en te verruimen.

Het is de bedoeling om de verpleegkundige profielen van patiënten te bepalen en de verpleegkundige competenties die nodig zijn om hen op te vangen.

Een ander aspect van de studie is de aanpassing van de financiering van ziekenhuizen met betrekking tot de verpleegkundigen en zorgkundigen.

Andere studies zullen volgen om beleidsbeslissingen zo goed mogelijk op reële behoeftes te kunnen stoelen.

Sinds juli 2008 is een bedrag van 16,2 miljoen euro gereserveerd voor de informatisering van het verpleegkundig dossier, wat de verpleegkundigen van veel werk moet verlossen. Mijn voorganger heeft een groter gamma taken toegewezen aan de verzorgkundigen.

Verder moeten administratieve en logistieke krachten worden toegevoegd aan de zorgeenheden om ook die taken bij de verpleegkundigen weg te halen. Daar is extra geld voor nodig.

Het debat over de profielen en functiedifferentiatie is dus bezig.

11.03 Maggie De Block (Open Vld): Ik kijk ongeduldig uit naar het plan van de minister om het beroep van verpleegkundige attractiever te maken. Het elektronisch maken van de verwerking van de gegevens wil ik nuanceren. Momenteel leidt dat nog niet tot een enorme ontlasting van verpleegkundigen en het zal nog even duren voor dat wel zo is.

11.04 De voorzitter : We zullen in de komende weken regelmatig terugkomen op de kwestie van de verpleegkundigen en op dat plan om het beroep aantrekkelijker te maken.

Het incident is gesloten.

12 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de functie van geneesheer-diensthooft" (nr. 11330)

12.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Het ministerieel besluit van 19 augustus 2008 bepaalt dat de functie

van geneesheer-diensthofd moet worden waargenomen door een erkend geneesheer-specialist. Sommige apothekers en scheikundigen willen deze bepaling aanvechten bij de Raad van State om ook in aanmerking te komen voor de functie van diensthofd. Is er effectief reeds een dossier ingediend bij de Raad van State? Wat is het standpunt van de minister?

12.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Mijn administratie werd door de griffie van de Raad van State op de hoogte gebracht dat een dergelijk verzoekschrift was ingediend op 24 november 2008. De zaak is momenteel nog in een voorbereidende fase. Het diensthofdschap van medische diensten in ziekenhuizen wordt overigens niet geregeld door een ministerieel besluit, maar door artikel 18 van de ziekenhuiswet. Het is mijn bedoeling om de bepalingen in die wet te verduidelijken zodat tandartsen, apothekers en klinisch biologen hetzelfde statuut krijgen als een ziekenhuisgeneesheer en ook kunnen deelnemen aan de organisatie van het ziekenhuis.

12.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Op het terrein heersen onduidelijkheid en onzekerheid. Daar wordt het ministerieel besluit van 19 augustus 2008 een wijs besluit genoemd. Ik vraag me met de betrokkenen af of dat besluit zal worden behouden.

Het incident is gesloten.

13 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het gebruik van bloed van patiënten die lijden aan hemachromatose" (nr. 11331)

13.01 **Maggie De Block** (Open Vld): Patiënten met hemachromatose hebben te veel ijzer in de lever. De enige behandeling bestaat uit een viertal aderlatingen per jaar. Er wordt dan een halve liter bloed afgenomen in een bloedtransfusiecentrum. Het Rode Kruis weigert dit bloed omdat het dezelfde testresultaten geeft als het bloed van donoren met geelzucht, ofschoon het bloed van een patiënt met hemachromatose volledig veilig is. Met de nieuwe testen is het ook mogelijk een onderscheid te maken tussen dit zeer veel ijzer bevattend bloed en het bloed afkomstig van mensen met andere ziektes. Het weggooien van dat bloed is dus verspilling. Kan er een andere testmethode worden angewend, zodat die verspilling stopt?

13.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Voor elke donatie van bloed of bestanddelen van bloed wordt een laboratoriumonderzoek uitgevoerd. Bij hemachromatosepatiënten kunnen inderdaad geelzucht of gestoorde levertesten worden vastgesteld. Zij worden dan ook vaak uitgesloten als bloedgever.

De laboratoriumonderzoeken zijn echter slechts een onderdeel van de maatregelen inzake veiligheid van bloed. Een van de hoekstenen daarvan is dat bloeddonatie steeds altruïstisch moet zijn. Ik verwijs naar het advies van de Hoge Gezondheidsraad van 16 september 2004. De Raad merkt op dat deze patiënten bloed wordt afgenomen om therapeutische redenen. Er is dus geen sprake van onbaatzuchtige bloeddonatie.

De therapeutische aderlating gebeurt in een ziekenhuis of bij de huisarts. Bloed geven in een bloedtransfusiecentrum is gratis. Er bestaat inderdaad een risico dat bij de noodzakelijke therapeutische bloedafname contra-indicaties worden verzwegen om deze therapeutische akte kosteloos te verkrijgen in een bloedtransfusiecentrum. Het verzwijgen van een contra-indicatie verhoogt het risico op kwaliteits- en veiligheidsproblemen. Zelfs bij de meest gevoelige laboratoriumtest bestaat het probleem van de zogenaamde vensterperiode waarin het bloed besmettelijk kan zijn, terwijl dat nog niet door het laboratorium kan worden aangetoond.

De onbaatzuchtigheid van de bloeddonatie en de objectieve screening voor contra-indicaties zijn essentiële waarborgen voor de veiligheid van de bloedtransfusie.

Het incident is gesloten.

14 Vraag van de heer Michel Doomst aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de criminaliteit in ziekenhuizen" (nr. 11367)

14.01 **Michel Doomst** (CD&V): Om een correcte kijk te krijgen op de criminaliteit in ziekenhuizen, moet de

FOD Volksgezondheid in samenwerking met de FOD Binnenlandse Zaken een monitor uitbouwen die regelmatig kan worden afgenomen bij onze ziekenhuizen. Dit kan bijdragen tot een optimale afstemming van het beleid op de noden en behoeften van de ziekenhuizen. De monitor zou na een testfase worden gelanceerd in het najaar van 2008. Bovendien zouden beide FOD's een website ontwikkelen waar ziekenhuizen criminele feiten zouden kunnen melden.

Kan de minister meer informatie geven over deze twee projecten?

14.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De aanpak van ziekenhuiscriminaliteit vereist in eerste instantie een duidelijk beeld van de omvang van het probleem. Daarom wordt de monitor Criminaliteit in Ziekenhuizen sinds 1 oktober 2008 in elk Belgisch ziekenhuis afgenomen. Hiermee wordt gepeild naar het aantal geregistreerde feiten van diefstal, vandalisme en agressie in 2007 in en rond de ziekenhuizen, alsook naar de maatregelen hiertegen. Het is de bedoeling om deze enquête tweejaarlijks te herhalen. 190 van 305 ziekenhuizen hebben de vragenlijst ingevuld en de resultaten worden momenteel onderzocht door de FOD Binnenlandse Zaken. Het is belangrijk dat elk feit wordt aangegeven en daarom zal ik in samenwerking met minister De Padt de ziekenhuizen blijven sensibiliseren om criminele feiten te signaleren. Na de campagne 'Geef diefstal geen kans', wordt een preventie- en sensibilisatiecampagne over agressie in ziekenhuizen gestart, waarin meer aandacht wordt besteed aan het melden van incidenten van agressie.

Zowel de campagne als de monitor passen in een globaal plan ter bestrijding van de criminaliteit in ziekenhuizen. Er wordt gewerkt met een netwerk veiligheid en criminaliteitspreventie in ziekenhuizen, een nieuwsbrief met tips, een campagne inzake agressie. Er is de monitor criminaliteit en een studie over agressie in de psychiatrische ziekenhuizen. Ziekenhuizen kunnen een beroep doen op stewards die door de overheid werden gefinancierd. Uit de studiedag van 5 maart blijkt overigens de nood aan allerlei nieuwe initiatieven in het komende werkjaar met betrekking tot veiligheid, preventie en de beteugeling van agressie in ziekenhuizen.

14.03 **Michel Doomst** (CD&V): Het is goed dat men intensiever bezig is met dit probleem, gelet op de toenemende vergrijzing, die ook een invloed zal hebben op de ziekenhuisbezetting. De website wordt dus naar de achtergrond verwezen, als ik het goed begrijp?

14.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Frans*): Dat is voor het ogenblik niet aan de orde.

Het incident is gesloten.

15 **Samengevoegde vragen van**

- de heer **Servais Verherstraeten** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de bepaling van het jaarlijkse forfait aan rusthuizen" (nr. 11391)
- mevrouw **Yolande Avontroodt** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het laattijdig meedelen van het forfait aan de rustoorden" (nr. 11483)
- mevrouw **Yolande Avontroodt** aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het laattijdig meedelen van het forfait aan de rustoorden" (nr. 11621)

15.01 **De voorzitter**: De heer Verherstraeten neemt momenteel deel aan de vergadering van een van de bijzondere commissies en zal zich ertoe beperken achteraf het antwoord van de minister te lezen.

15.02 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): In september moeten rust- en verzorgingstehuizen (RVT's) de gegevens voor de berekening van het forfait aan het Riziv meedelen, die dan tegen 1 januari het bedrag van het forfait berekent. In de praktijk lukte dat niet altijd, waardoor de RVT's niet wisten welke dagprijs zij mochten aanrekenen. Dit jaar was de berekening er nog niet in februari. Blijkbaar liet de wetgeving inzake het statuut van de hoofdverpleegkundige te lang op zich wachten, waardoor ook de berekening van het forfait vertraging opliep. Ondertussen zou er in dit dossier al wel vooruitgang geboekt zijn. Hoe zal de minister ervoor zorgen dat de deadline van januari volgend jaar wel gehaald wordt?

15.03 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Het klopt dat het Riziv de bedragen soms laat meedeelt aan de RVT's, maar dit moet toch genuanceerd worden. Momenteel bestaat er geen wettelijke termijn waarbinnen het Riziv de forfaits moet meedelen. Dat de berekening zo lang duurt, komt door de lange

procedure die de wet vastlegt. Volgens de wet van 1994 kan het verzekeringscomité voorstellen doen aan de minister van Sociale Zaken inzake de forfaitaire tegemoetkoming in deze instellingen. Concreet is het de overeenkomstencommissie, waarin de RVT's vertegenwoordigd zijn, die deze voorstellen uitwerkt. Dat kan pas vanaf oktober, na de goedkeuring van de budgetten door het Riziv. Daarna moeten de besluitontwerpen voorgelegd worden aan de inspectie van Financiën, de minister van Begroting en de Raad van State.

Als er nog besluiten gepubliceerd moeten worden die aanleiding geven tot een aanpassing van de forfaits met terugwerkende kracht, wacht het Riziv met de toekenning van deze forfaits. Omdat de RVT's per trimester factureren, moeten de forfaits uiterlijk op 31 maart worden meegedeeld.

De aanpassing van het forfait vanaf 1 januari heeft te maken met het functiecomplement voor hoofdverpleegkundigen, de financiering voor dementen en de attractiviteitspremie. Als het Riziv al een voorlopig forfait zou meedelen, dan zou dat achteraf tot conflicten kunnen leiden. Om de financiële situatie goed in te schatten, maken de meeste RVT's gebruik van simulatieprogramma's. Tenzij er nieuwe maatregelen komen, engageert het Riziv zich ertoe om in de toekomst het forfait tijdig aan de RVT's mee te delen.

15.04 Yolande Avontroodt (Open Vld): Het zou nuttig zijn om de sector hiervan op de hoogte te brengen. Het is belangrijk voor de bewoners van RVT's dat de prijs die wordt aangerekend juist is.

Het incident is gesloten.

Voorzitter: mevrouw Marie-Claire Lambert.

16 Samengevoegde interpellatie en vraag van

- mevrouw Muriel Gerkens tot de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toepassing van de derdebetalersregeling in de tandheelkunde" (nr. 292)

- de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verklaring van 'occasionele individuele financiële noodsituatie'" (nr. 11508)

16.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Op 23 februari werd een koninklijk besluit uitgevaardigd om het gebruik van de derde betaler in de tandheelkunde te beperken. Een van de aangekondigde doelstellingen is de misbruiken aan te pakken, meer bepaald de attesten voor niet verstrekte zorg. Tandverzorging lijkt mij nochtans bijzonder makkelijk traceerbaar en er bestaan controletools. Werd er al studiewerk verricht rond die misbruiken? Moeten we echt alle tandartsen verdenken? Het duurt twee jaar vooraleer de verstrekkingen aan de tandarts betaald worden. Bij controle herinneren de patiënten zich niet meer over welke ingreep het ging. Kan de termijn niet ingekort worden zodat de controletools performanter worden?

Wat de kwestie van de misbruiken betreft, probeer ik ook de opdracht van de Nationale Commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen (Dentomut) te begrijpen. Moet zij budgettaire keuzes maken voor het vastleggen van de terugbetalingsprioriteiten of de strijd tegen de misbruiken organiseren en controleren?

Sommige keuzen stroken niet met de doelstelling om iedereen de best mogelijke zorg te verstrekken. Als er inderdaad misbruiken zijn waar de Profielencommissie en de Dienst voor geneeskundige controle niets tegen vermogen, waarom moet er dan een beroep gedaan worden op Dentomut om maatregelen te nemen? Die commissie dient de begroting uit te werken en afwegingen te maken met betrekking tot de behoeften.

Het individuele tandartsenforfait is verboden. Waarom? Er wordt elders wel gebruik gemaakt van die oplossing, bijvoorbeeld in de groepspraktijken.

Zullen de toekomstige Dentomutovereenkomsten betreffende de derdebetalersregeling volledig in het teken kunnen staan van het belang van de patiënten en zullen vermoedens van misbruik volledig kunnen worden uitgesloten?

Een tandarts moet geconventioneerd zijn om de derdebetalersregeling te kunnen toepassen. De overeenkomst verbiedt de derdebetalersregeling echter. Kan men nu wel of niet de derdebetalersregeling toepassen op grond van de huidige bepalingen?

In de overeenkomst Dentomut 2009-2010 wordt gepreciseerd dat de verzekeringsinstellingen cijfermateriaal moeten verzamelen over het afwijkend gebruik van de derdebetalersregeling, zoals omschreven wordt in het koninklijk besluit van 10 oktober 1986, meer bepaald het invoeren van de individuele financiële noodsituatie buiten de sociale franchise en de OMNIO-statuten om. Alleen de patiënten die de MAF (maximumfactuur) bereikt hebben, zouden aanspraak kunnen maken op de derdebetalersregeling.

Zal de evaluatie van het systeem van derde betaler enkel toegespitst worden op het indijken van de financiële noodsituatie van patiënten die de MAF bereikt hebben?

Het ontwerpbesluit werd gewijzigd na de reacties van de sociale tandartsen, aangezien de tandarts slechts 75 procent van zijn handelingen vanuit de derde betaler kon factureren, terwijl 5 procent van zijn handelingen voorbehouden zijn voor personen die zich in een financiële noodsituatie bevinden. Het concept sociaal kenmerk, dat meetbaar is in het patiëntenbestand van de tandarts, werd ingevoerd.

Overigens is het aangewezen dat de nationale commissie bepaalt welke tandartsen zullen worden gecontroleerd op het vlak van hun verbintenis om het gebruik van de derdebetalersregeling te beperken. Slaat het akkoord op de spreiding 75/5 procent of op de controle van de handeling die als derdebetalersregeling werd opgegeven? Anderzijds vloeit het feit dat gebruik wordt gemaakt van de derdebetalersregeling of de overweging dat er een financiële noodsituatie is, voort uit de keuze van de patiënt. De zorgverstrekker kan zich daar in principe niet tegen verzetten. Wat wettigt de weigering van de tandarts aan wie quota worden opgelegd?

Ten slotte, het koninklijk besluit van 9 februari bepaalt dat bij het attest van financiële noodsituatie een handgeschreven verklaring van de patiënt moet worden gevoegd. Zijn er schikkingen getroffen voor personen die niet in het Frans kunnen schrijven?

16.02 Jean-Jacques Flahaux (MR): U heeft een koninklijk besluit uitgevaardigd dat voorschrijft dat de patiënten, om recht te hebben op de derdebetalersregeling, zelf een verklaring moeten opstellen en ondertekenen dat ze zich in een occasionele individuele financiële noodsituatie bevinden. Een groot aantal zorgverleners wijst er evenwel op dat heel wat van hun patiënten ongeletterd zijn. Mag dat document ook in een vreemde taal worden ingevuld, of mag een tolk of een kind van de patiënt dat document in zijn of haar plaats invullen?

16.03 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Mevrouw Gerkens, ik heb uw wensen aan het Riziv meegedeeld. Ik zei onlangs nog dat er naast de jongste bepalingen van de commissie tandartsen-ziekenfondsen, een echt "tandenplan" voor de volgende jaren moet komen. Ik sta achter de derdebetalersregeling maar elk misbruik hiervan moet vermeden worden. Het op 23 februari 2009 verschenen wijzigingsbesluit is er gekomen na heel wat discussie tijdens de afgelopen jaren.

Die wijzigingen moeten een controle en een betere follow-up van bepaalde aspecten van de derdebetalersregeling door andere instanties binnen het Riziv mogelijk maken.

De profielencommissie is niet bevoegd om maatregelen te nemen tegen eventuele misbruiken inzake de derdebetalersregeling. De nationale commissie tandartsen-ziekenfondsen overschrijdt haar bevoegdheden niet in het kader van de toepassing van de procedure waarin het bestaande nationale akkoord voorziet. Ten gronde is het de bedoeling van alle actoren, en van mezelf, de derdebetalersregeling te vrijwaren door ze beter te controleren.

Ik stel vast dat dat koninklijk besluit kennelijk enkel tot problemen leidt bij een reeks tandartsen die verenigd zijn in een vzw.

Volgens mij bevatte het oorspronkelijke ontwerp onvoldoende waarborgen om te vermijden dat zorgverleners met een groot aantal kansarme patiënten onnodig vaak zouden worden gecontroleerd. Daarom werd een bijkomende voorwaarde betreffende het totale aantal prestaties toegevoegd, om de controles toe te spitsen op de zorgverleners met een hoger dan gemiddeld aantal prestaties én een groot aantal prestaties in het raam van de derdebetalersregeling.

Ik ben uiteraard bereid te spreken over de toepassingsmodaliteiten van de maatregel met betrekking tot de door de patiënt te ondertekenen verklaring op erewoord betreffende de financiële noodsituatie, en ook om er eventueel vertalers voor in te zetten.

Wat de vragen van de heer Flahaux betreft, heb ik geen informatie gekregen dat tal van artsen wijzen op een hoog percentage analfabeten onder hun patiënten. In dit stadium beschikken de tandartsen over geen enkele andere mogelijkheid om de financiële noodsituatie van een patiënt na te trekken. Ik wens niet in te gaan op een logica waarbij men die patiënten verplicht voortdurend een papieren fiscale informatie over hun situatie bij zich te hebben om de staat van hun financiële situatie te bewijzen. Ik blijf nochtans bereid alle praktische modaliteiten van die verklaring te bespreken om het gebruik ervan voor iedereen toegankelijk te maken.

16.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Ik ben het met u eens dat de derdebetalersregeling niet mag worden uitgehold door niet op te treden tegen bepaalde misbruiken. Wat ik niet begrijp is waarom men niet kan nagaan of een bepaalde persoon al dan niet een bepaalde tandverzorging kreeg. Aangezien de bereidheid om dergelijke controlemechanismen in het leven te roepen ontbreekt, heeft men geopteerd voor bepaalde percentages van categorieën van patiënten. Elke tandarts mag dus een bepaald percentage arme patiënten hebben. Geeft hij echter een hoger aantal arme patiënten aan, dan wordt ervan uitgegaan dat hij misbruik maakt van de derdebetalersregeling. Dat is niet normaal.

U zegt dat de tandarts de financiële situatie van de patiënt niet kan nagaan. Maar wanneer hij de derdebetalersregeling enkel mag toepassen bij een bepaald percentage arme patiënten, wat moet hij dan doen als dat quotum bereikt is? Wanneer een persoon zich in een noodsituatie bevindt, kan de tandarts niet weigeren hem de nodige verzorging toe te dienen. De regeling is in dat opzicht niet echt logisch.

Wat de handgeschreven en door de patiënt ondertekende verklaring betreft, kon de tandarts het document vroeger in de plaats van de patiënt opstellen. Indien die mogelijkheid werd afgeschaft, moet ze opnieuw worden ingevoerd.

Uit de verklaringen van de vertegenwoordigers van de ziekenfondsen blijkt dat de bepalingen in het besluit en in het akkoord dat in de overeenkomst tandartsen-ziekenfondsen werd opgenomen, niet correct zijn en dat veel meer soepelheid nodig is. Op andere fora laten ze echter een heel ander discours horen. Daar knelt het schoentje: ze moeten consequent zijn, los van de plaats of van het publiek waartoe ze zich richten.

Er moet inderdaad een plan komen in verband met de toegang tot en de organisatie van de tandheelkundige zorg. Men kan zich terecht afvragen of de gezondheidszorg billijk verstrekt en geattesteerd wordt.

Ik zal daarom een motie indienen om de mogelijkheden inzake de controle op de zorgverstrekking te verbeteren via instrumenten voor het traceren van de zorgverstrekking, de controle-instellingen te versterken, de termijn waarover de tandarts beschikt om de terugbetaling van zijn verstrekkingen aan te vragen in te korten tot twee maanden om het verband tussen de verstrekking en de controle erop te handhaven, de toepassing van het individueel forfait te onderzoeken en de bepalingen waarbij de tandarts gemachtigd wordt om het getuigschrift betreffende de individuele financiële noodsituatie in te vullen, te behouden.

16.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): U hebt gelijk, de hervorming is al positief en te veel slechte sociale maatregelen betekenen de dood van de echte sociale bescherming.

Ik twijfel er niet aan dat u desgevallend aan de problemen van bepaalde buitenlandse bevolkingsgroepen tegemoet zal komen in de zin van mijn voorstel.

Moties

Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Muriel Gerkens en luidt als volgt:

“De Kamer,

gehoord de interpellatie van mevrouw Muriel Gerkens

en het antwoord van de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

vraagt de regering

- de instrumenten voor de controle op de zorgverstrekking te verbeteren via de instrumenten voor het traceren van de zorgverstrekking, via de versterking van de controle-instellingen, en via het inkorten tot twee maanden van de termijn waarover de tandarts beschikt om de terugbetaling van zijn verstrekkingen aan te vragen;

- de toepassing van het individueel forfait te onderzoeken;

- de bepalingen waarbij de tandarts gemachtigd wordt om het getuigschrift betreffende de individuele financiële noodsituatie in te vullen, te behouden (cf. KB van 10 oktober 1986, artikel 6, 2°, 5e lid).”

Een eenvoudige motie werd ingediend door de dames Maggie De Block en Marie-Claire Lambert en door de heer Jean-Jacques Flahaux.

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

17 Vraag van de heer Flor Van Noppen aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de positieve lijst van reptielen" (nr. 11397)

17.01 Flor Van Noppen (N-VA): Vorig jaar werd een voorlopige positieve lijst van reptielen opgesteld. De betrokkenen konden hun opmerkingen bezorgen aan de dienst Dierenwelzijn en Cites. Op basis daarvan zou een definitieve lijst worden gemaakt, die dan in een KB zou worden gegoten.

Hoe ver staat het met de invoering van de positieve lijst? Is er reeds een voorstel van definitieve lijst? Is het KB klaar en voorgelegd aan de Raad van State? Kan ik dan de nieuwe positieve lijst krijgen? Hoeveel opmerkingen zijn er ontvangen? Op welke punten wijkt de nieuwe lijst af van de ontwerplijst?

Vorig jaar zei de minister mij dat hobbyisten dieren die niet op de lijst voorkwamen, konden behouden om ermee te kweken voor eigen gebruik. Dan bestaat echter het risico van inteelt. Komt er een uitzondering voor uitwisseling van gekweekte dieren die niet op de verboden lijst voorkomen?

17.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De dienst Dierenwelzijn en Cites kreeg 968 aanvragen om diersoorten toe te voegen aan de ontwerplijst van dieren en 92 aanvragen om diersoorten van de lijst te verwijderen. Het onderzoek daarvan neemt veel tijd in beslag, zodat nog geen definitieve lijst kon worden opgesteld.

Het principe dat privépersonen dieren kunnen houden die ze in hun bezit hadden voor de inwerkingtreding van de positieve lijst, evenals de nakomelingen van deze dieren, staat in de wet op het dierenwelzijn. Dit is een uitzondering op het verbod om te vermijden dat er dieren zouden moeten worden gedood. Er is geen bijkomende uitzondering voor het uitwisselen van dieren die niet op de lijst staan. Dat zou in tegenstelling zijn met het principe van de positieve lijst.

17.03 Flor Van Noppen (N-VA): Er is nog steeds geen definitieve lijst. De reptielhouders willen weten waar ze aan toe zijn. Ik raad - om redenen van inteelt - de minister aan om de hobbyisten de dieren te laten uitwisselen die niet op de lijst staan. Zoniet zouden we wel eens lelijke reptielen kunnen kweken.

Het incident is gesloten.

18 Vraag van mevrouw Maggie De Block aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "geneesmiddelen tegen verkoudheid voor kinderen" (nr. 11484)

18.01 Maggie De Block (Open Vld): In de Britse pers verscheen begin maart de waarschuwing om kinderen onder 12 jaar geen medicijnen te geven bij verkoudheid. Ook zullen de Britse apothekers het advies krijgen geen medicijnen te verkopen aan kinderen jonger dan 6 jaar.

Bestaat er in België een medische richtlijn betreffende het medicijngebruik van kinderen? Is het wenselijk de bevolking ter zake te waarschuwen? Is het wenselijk om een medische richtlijn hierover uit te werken?

18.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De herziening van het gebruik van hoestsiroop bij kinderen is reeds lang lopende en er zijn de laatste tijd geen nieuwe elementen opgedoken. Het is inderdaad gebleken dat de doeltreffendheid van hoestsiroop gering is en dat er ernstige bijwerkingen, zoals ademhalingsdepressie, kunnen optreden. Twee jaar geleden werden de samenvatting van de productkenmerken en de bijsluiter van de medicijnen die een antitussivum bevatten, aangepast. Daarbij werd

het gebruik van antitussiva afgeraden voor kinderen jonger dan 2 jaar en werd het gebruik tussen 2 en 6 jaar aan strikte beperkingen onderworpen. De contra-indicatie moet ook worden opgenomen in de reclame voor hoestsiroop die niet aan een voorschrift is onderworpen en voor geneesmiddelen voor nasaal gebruik. Deze aanbevelingen zullen worden opgenomen in de informatie die aan artsen en apothekers wordt verspreid.

18.03 Maggie De Block (Open Vld): Het is inderdaad nuttig om ook voor de vrij verkrijgbare siropen de nodige waarschuwingen te laten vermelden.

Het incident is gesloten.

19 Vraag van de heer Jean-Luc Crucke aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het Fonds Zeldzame Ziekten" (nr. 11503)

19.01 Jean-Luc Crucke (MR): Het Fonds Zeldzame Ziekten wordt momenteel door de Koning Boudewijnstichting beheerd. Hoe wordt het thans gefinancierd? Welke aanvullende bedragen zullen in het Fonds worden gestort en voor het uitvoeren van welke opdrachten? Hoe zit het met het "nationaal plan" voor de zeldzame ziekten?

19.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): In december jongstleden hebben de Koning Boudewijnstichting en een delegatie van het Fonds Zeldzame Ziekten me gevraagd het Fonds formeel te erkennen en de werking ervan te subsidiëren. Ik heb daarmee principieel ingestemd, maar ik wil dat een en ander goed zou aansluiten op mijn programma "Prioriteit voor de chronisch zieken".

In 2009 en 2010 zal de Koning Boudewijnstichting jaarlijks 15.365 euro aan steun toekennen. Er werd me gevraagd het Fonds te financieren voor een bedrag van 210.000 euro, waarvan een eerste schijf van 115.000 euro in 2009. De beleidscel onderzoekt momenteel of er verschuivingen mogelijk zijn binnen het begrotingskrediet van het programma "Prioriteit voor de chronisch zieken" om die steun aan het Fonds te financieren.

Dankzij die gezamenlijke subsidies zal er een actieplan "zeldzame ziekten" voor België kunnen worden gefinancierd.

Er zal moeten nagegaan welke middelen er beschikbaar zouden zijn vanaf 2011 voor de uitvoering van dat plan.

Het geraamte van het plan ziet eruit als volgt: informatie, omschrijving en inventaris, stimulering van de research, toegang tot de zorgverlening, doeltreffende deskundigheid, responsabilisering van de patiënten en bestending van de acties.

Voorzitter: mevrouw Muriel Gerkens.

Het incident is gesloten.

20 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de strijd tegen de schadelijke effecten van sigaretten op zwangere vrouwen" (nr. 11507)

20.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : In het kader van het probleem van de tabaksverslaving van zwangere vrouwen, organiseert het centrum voor hulp aan rokers van de Doornikse ziekenhuizen bijeenkomsten met het oog op de sensibilisering van gynaecologen en patiënten.

Worden er nog andere dergelijke acties georganiseerd, en zo ja, waar en in welke vorm? Is het RIZIV daarbij betrokken?

Welke middelen worden er daarvoor uitgetrokken en welke vooruitgang kan er ter zake nog worden geboekt?

20.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Sinds verscheidene jaren wordt op verschillende manieren werk gemaakt van maatregelen om zwangere vrouwen te helpen om te stoppen met roken. Zo bepaalt het koninklijk besluit van 17 september 2005 dat zwangere vrouwen en hun partner recht hebben op de

terugbetaling van acht zittingen met het oog op tabaksontwenning bij een tabacoloog. Het tabaksontwenningprogramma wordt georganiseerd door de FARES (*Fondation contre les Affections Respiratoires et pour l'Education à la Santé*) en de VRGT (Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding) en kan in het hele land worden gevolgd. Het omvat een onderdeel dat zich specifiek richt tot de gezondheidswerkers en een onderdeel voor het grote publiek.

De doelstellingen met betrekking tot de sector betreffen de sensibilisatie van de gynaecologen, de vroedvrouwen en de verpleegkundigen van de kraamkliniek, de rol van de apothekers en de kwaliteit van de begeleiding voor wie wil stoppen met roken. Met betrekking tot het grote publiek is het de bedoeling het roken niet te stigmatiseren, het publiek te sensibiliseren voor de schadelijke gevolgen van prenataal roken, te wijzen op het bestaan van het programma en een specifieke en lokale begeleiding voor te stellen. Alle gezondheidswerkers die in deze sector actief zijn worden dus bij het programma betrokken.

De forfaitaire terugbetaling van de raadplegingen werd in het kader van het Kankerplan uitgebreid. De nieuwe terugbetaling zal uiterlijk op 1 juli van kracht worden. Het aantal tabacologen neemt toe. Elk jaar worden er nieuwe specialisten opgeleid in het kader van een interuniversitaire opleiding. Zo'n 355 tabacologen volgden die opleiding al en meer dan honderd gezondheidswerkers zijn ingeschreven voor de opleiding die in 2009 wordt georganiseerd.

20.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Ik ben tevreden met uw antwoord.

Het incident is gesloten.

21 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de rechten van de partner bij een ziekenhuisopname in het buitenland van een homoseksuele echtgenoot" (nr. 11509)

21.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Welke erkenning en welke rechten zou bijvoorbeeld de Belgische partner van een Belgisch-Frans of Belgisch-Pools koppel genieten indien de echtgenoot in een ziekenhuis wordt opgenomen tijdens een verblijf in het buitenland? Wat is de geldende regeling voor Belgische homoseksuele koppels die naar het buitenland, meer bepaald in Europa, reizen en er in een ziekenhuis opgenomen moeten worden? Hoe worden de bestaande akkoorden toegepast als een homoseksuele koppel, of het nu gaat om een 100 procent Belgische koppel of om een gemengde koppel, met een gezondheidsprobleem te kampen heeft buiten het Europees grondgebied?

Welk beleid wordt over het algemeen gevolgd inzake het in aanmerking nemen van de echtgenoten en van de gezinnen in het kader van een hospitalisatie in het buitenland? Rensorteren sommige akkoorden die tussen staten zijn gesloten, onder verschillende huwelijkswetgevingen? Worden dergelijke toestanden door Europese teksten opgevangen? Bestaat er een internationale wetgeving op dat gebied? Zijn er werkzaamheden aan de gang of wordt er iets gepland?

21.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): De rechten op gezondheidszorg van een homoseksuele echtgenoot voor koppels die aan de Belgische wetgeving onderworpen zijn, zijn gevrijwaard indien de zorg verstrekt wordt tijdens een tijdelijk verblijf in een andere Staat van de Europese Economische Ruimte (EER) en Zwitserland.

Als er verandering van woonplaats is naar een andere Staat van de EER die het homoseksueel huwelijk niet erkent, kan de partner ten laste niet noodzakelijk rekenen op het recht op verstrekking van gezondheidszorg. In dat geval gebeurt de terugbetaling overeenkomstig de toepassing van door België gesloten bilaterale akkoorden inzake de sociale zekerheid waar de verplichte ziekteverzekering in opgenomen is, of in derde landen, volgens de Belgische wetgeving maar in dat geval enkel voor spoedopnames in het ziekenhuis.

De minister van Justitie is bevoegd voor uw andere vragen betreffende de huwelijkswetgeving.

21.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Ik twijfel er niet aan dat u op de Europese Raad een en ander zal doen evolueren. Het probleem is zeer erg voor koppels die in België gehuwd zijn en die aan de Azurenkust of in Spanje zijn gaan wonen. Dit zijn zoveel facetten die het probleem in verf zetten en die, hoop ik, de andere Staten ertoe zullen aanzetten hun wetgeving te wijzigen.

Ik zal aan de minister van Justitie de vragen stellen die hem aanbelangen.

Het incident is gesloten.

22 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het behoud van het verbod voor homoseksuelen om bloed te geven" (nr. 11510)

De **voorzitter**: Uw vraag heeft betrekking op een onderwerp dat enkele weken geleden al door mevrouw Genot werd aangekaart. Is er sprake van een nieuw gegeven?

22.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Ja. Ik stel deze vraag omdat ik vind dat er ter zake enige opheldering moet komen. In uw antwoord op een vraag van mevrouw Genot preciseerde u dat niet enkel homoseksuelen, maar ook heteroseksuelen die homoseksuele betrekkingen hebben gehad en zuivere heteroseksuelen uitgesloten worden als bloeddonor. U gaf dus aan dat vooral het risicogedrag wordt beoogd. (cf. *Beknopt Verslag* 52 COM 439 van 2 februari 2009, p. 12-15).

Indien mannen betrekkingen hebben gehad met een of meerdere vrouwen, dan zijn er kennelijk geen problemen. Het risico lijkt me echter even groot te zijn. Men doet het voorkomen alsof men bekommerd is om de veiligheid, maar ik vrees dat het eigenlijk de bedoeling is om bepaalde personen te marginaliseren.

22.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Het probleem is niet bij welke groep men hoort, maar wel dat rekening wordt gehouden met gedragingen die een veiligheidsprobleem kunnen veroorzaken voor het transfusiebloed. Wij gaan uit van epidemiologische gegevens die we krijgen van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid dat sinds 2002 een stijging van het aantal HIV-gevallen in België vaststelt. Die stijging, een verdubbeling tussen 1997 en 2006 treft vooral mannen die seksuele betrekkingen hebben met andere mannen. Er bestaan natuurlijk risicogedragingen onder de mannen die betrekkingen hebben met verschillende vrouwen of onder vrouwen, maar voor de transfusies gaat men uit van epidemiologische gegevens om na te gaan waar de risico's het grootst zijn. Frankrijk heeft die analyse net bevestigd. Het besmettingsrisico tijdens een seksueel contact tussen twee mannen is statistisch groter dan tijdens een seksueel contact tussen een man en een vrouw.

De jongste versie van de aanbevelingen van het Instituut dateert van 2008. Indien de statistieken een ander beeld zouden geven, zou ik een en ander onmiddellijk herzien. Ik mag echter geen risico's nemen met transfusiebloed.

Ik weet dat een en ander delicaat is voor de betrokkenen, die zich uitgesloten kunnen voelen.

22.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) : De samenleving evolueert. Jongeren houden er een lossere en meer "gemengde" levensstijl op na. Ik ben er zeker van dat het over enkele jaren niet meer noodzakelijk die groep zal zijn die het meest aan risico's is blootgesteld maar veeleer die jongeren die een seksueel promiscue gedrag vertonen.

Het incident is gesloten.

23 Vraag van de heer Michel Doomst aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de veiligheid van huisartsen" (nr. 11512)

23.01 Michel Doomst (CD&V): Onder het motto 'Uw veiligheid, onze bezorgdheid' werd in 2008 een enquête uitgevoerd bij de huisartsen op basis waarvan de FOD's Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid in het voorjaar 2009 samen een handleiding zouden opstellen met specifieke preventiemaatregelen. Er werd ook voorzien in een proefproject in Brugge en Henegouwen inzake een centrale dispatching en andere maatregelen ter beveiliging van de huisartsen.

Hoever staat het met die handleiding? Welke concrete veiligheidsmaatregelen worden bestudeerd? Binnen welke termijn zullen ze worden geïmplementeerd? Wat leerden de proefprojecten? Is de minister op de hoogte van de vraag van het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen voor meer beveiliging? Hoe verloopt het

overleg met Binnenlandse Zaken?

23.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): De veiligheid van de huisartsen is een belangrijk probleem, waarvoor zowel de minister van Volksgezondheid als van Binnenlandse Zaken verantwoordelijk zijn. Twee maatregelen worden uitgewerkt: het uitbreiden van het systeem van de derde betaler en het instellen van een centrale dispatching tijdens de eerstelijns wachtdiensten. Het derdebetalersysteem kan nu al worden gehanteerd ten aanzien van de minst begunstigde bevolkingsgroep, maar ik overleg met de vertegenwoordigers van de artsen hoe het kan worden uitgebreid.

Het project van de centrale dispatching – project 1733 – startte in Henegouwen. Er is een uniek oproepnummer dat de patiënten verder helpt naar een ziekenwagen, een spoeddienst, een vooruitgeschoven wachtdienst of een huisarts van wacht. Dit project zal de komende maanden ook in Brugge worden opgestart. Het zou het aantal huisbezoeken moeten verminderen en de veiligheid van de artsen doen toenemen.

De uitbreiding van de vooruitgeschoven wachtdiensten maakt ook deel uit van onze zorg voor de veiligheid en verbetert tevens de toegang tot de eerstelijnszorg en de kwaliteit ervan. Ik verhoogde de budgetten hiervoor in 2008 en 2009 met 50 procent.

23.03 **Michel Doomst** (CD&V): Start het project in Brugge nog voor de vakantie?

23.04 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Ik ken de precieze datum niet, maar het zal binnenkort zijn.

Het incident is gesloten.

24 Vraag van de heer Ben Weyts aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de taaltoestand in de Brusselse ziekenhuizen" (nr. 11516)

24.01 **Ben Weyts** (N-VA): In oktober 2002 dienden verschillende parlementsleden - ook uit de huidige meerderheid - en Brusselse mandatarissen een petitie in bij de Raad van Europa. Hierin bepleitten zij het recht op gezondheidszorg in eigen taal voor Nederlandstaligen in Brussel. De Raad van Europa deed concrete aanbevelingen aan de federale overheid.

Zeven jaar later is er weinig veranderd. Dit blijkt uit het pijnlijke getuigenis van een Nederlandstalige vrouw die bij het ontwaken in het ziekenhuis een narcoseshock beleeft en terugvalt op haar moedertaal. Niemand van het verplegend personeel begrijpt haar. De directie van het betrokken ziekenhuis laat laconiek weten dat het personeel wel degelijk tweetalig is, want dat het Engels en Frans kent.

Welke acties heeft de regering ondernomen na de aanbevelingen van de Raad van Europa? Wat zijn de plannen van de minister? Wat vindt de minister van het schrijven van de directie? Ik stel voor om taalkennis toe te voegen als een van de beroepsuitoefeningsvoorwaarden voor verplegend personeel. Vooraleer artsen en verplegers in Brussel het beroep kunnen uitoefenen, zouden ze moeten bewijzen tweetalig te zijn.

24.02 Minister **Laurette Onkelinx** (*Nederlands*): Op de interministeriële conferentie van 2 maart 2008 werd beslist om een inventaris te maken van de klachten over het onthaal, inclusief te klachten over de taal. In de loop van deze maand overlegt de interkabinettenwerkgroep over het opstellen van deze inventaris.

In een volgende fase zal een samenwerkingsakkoord tussen de deelstaten en de federale overheid worden overwogen. Via een systeem van medezeggenschap zouden de deelstaten de rol van loket kunnen toevertrouwen aan de federale overheid. Dit loket ontvangt de klachten en speelt ze door aan de bevoegde overheden. De interkabinettenwerkgroep zal zich buigen over de verschillende stappen die nodig zijn voor de uitwerking van dit samenwerkingsakkoord.

Ik wijs erop dat het Brusselse Gewest voortdurend intensieve taalcursussen aanbiedt. Ook heeft Selor de taalexamens aangepast zodat het personeel van de openbare zorginstellingen de kans krijgt een taalpremie

te verkrijgen.

Volgens de wet van 18 juli 1966 behoort het gebruik van talen in bestuurszaken tot de bevoegdheid van de minister van Binnenlandse Zaken. Enkel de openbare ziekenhuizen zijn door deze wet gebonden. Het ziekenhuis dat de heer Weyts vermeldt, is een privéziekenhuis.

Zo willen we alle Brusselse ziekenhuizen aansporen om in de mate van het mogelijke te zorgen voor tweetalig personeel. Het inlassen van een taalvereiste in het KB nr. 78 lijkt echter niet aangewezen. Het doel van dat besluit is het omkaderen van de uitoefening van de geneeskunde door onder meer de voorwaarden inzake de toegang tot het beroep, de wachtdiensten of de honoraria te reglementeren. Een eis inzake taalkennis lijkt mij niet te passen in dit medische kader.

24.03 Ben Weyts (N-VA): Er worden stappen gezet in de goede richting, maar ik denk dat er grondigere middelen nodig zijn, zoals van taalkennis een voorwaarde voor de beroepsuitoefening maken. Gezondheidszorg in de eigen taal is een grondrecht van elke burger.

Het incident is gesloten.

25 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "psoriasis en de nieuwe behandelingen ervan" (nr. 11524)

25.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Psoriasis is een ongeneeslijke ziekte die het leven van de patiënten helemaal onderste boven kan gooien. De patiënten kunnen niet genezen, maar met de huidige behandelingen is er thans een duurzame remissie mogelijk. Hoe is het aantal psoriasispatiënten de jongste vijf jaar in ons land geëvolueerd?

Er werden nieuwe biologische therapieën ontwikkeld, maar over de plaats die ze innemen, de doeltreffendheid ervan in vergelijking met andere behandelingen en de veiligheid ervan moet er nog nader onderzoek worden uitgevoerd. In de nabije toekomst zullen er ongetwijfeld ook nog andere behandelingen worden ontwikkeld.

Beschikt u al over meer gegevens ter zake? Wat zouden de kosten zijn van de uiteenlopende behandelingen voor de sociale zekerheid? Op welke manier zouden die kosten evolueren? Hoe zouden die kosten kunnen worden gedragen?

25.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Twee tot vijf procent van de Europeanen lijdt aan psoriasis. Bij meer dan 10 procent van die patiënten gaat die aandoening gepaard met psoriatische artritis. In België wordt het aantal psoriasispatiënten geraamd op 2 procent van de bevolking.

De biologische therapieën hebben de weg gebaad tot nieuwe behandelingsmogelijkheden. De risico-baatverhouding ten opzichte van de klassieke behandelingen moet echter nog worden vastgesteld. Nu worden die behandelingen alleen toegepast in de zware, hardnekkige of intolerante gevallen of bij patiënten die de klassieke behandelingen niet mogen ondergaan, hetzij ongeveer 0,5 procent van de patiënten.

Van de biologische therapieën wordt alleen etanercept en adalimumab vergoed voor de indicatie psoriasis. De totale kosten voor de verzekering van die door dermatologen voorgeschreven middelen bedroegen in 2005 25.147 euro, in 2006 1.874.667 euro en in 2007 3.685.445 euro. Gedurende dezelfde periode is het totale bedrag dat in het kader van een reumabehandeling aan die twee producten besteed werd van 0,06 procent tot 5,43 procent gestegen. Het RIZIV kan de evolutie van de kosten van het gebruik van die producten voor verschillende behandelingen niet evalueren.

Daarbij komt dat er onlangs een verstrekking is toegevoegd aan de nomenclatuur om patiënten met een reumatoïde inflammatoire aandoening, waaronder psoriatische artritis, te evalueren.

25.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Gelet op de evolutie van de cijfers, lijkt het me gerechtvaardigd om een grondige studie te laten uitvoeren.

Het incident is gesloten.

26 Vraag van de heer Koen Bultinck aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het honorarium voor apothekers" (nr. 11563)

26.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang): De wet houdende diverse bepalingen van 25 april 2007 maakt de invoering van een honorarium voor apothekers mogelijk. Op een vraag van mij hierover antwoordde de minister op 4 maart 2008 dat het dossier aan de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen was bezorgd. Ad-hocwerkgroepen zouden de definities en uitvoeringsmodaliteiten onderzoeken.

Wat is de stand van zaken? Bestaat er al duidelijkheid over de uitvoeringsmodaliteiten? Het wordt na twee jaar hoog tijd dat de apothekers kunnen afstappen van het systeem van winstmarges waarop hun inkomen nu is gebaseerd.

26.02 Minister Laurette Onkelinx (Nederlands): De Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen heeft op 20 februari 2009 formeel ingestemd met de prijsstructuur van een vergoedbaar vergund geneesmiddel, met specifieke honoraria. Die honoraria zullen betrekking hebben op het afleveren van een goedkoper geneesmiddel bij een voorschrift op stofnaam en op het geneesmiddel dat is onderworpen aan de machtiging van een adviserende geneesheer.

Er is ook voorzien in een jaarlijkse forfaitaire vergoeding voor het geven van informatie over het correcte gebruik van geneesmiddelen. De waarde van al die honoraria en marges werd berekend en goedgekeurd door de Overeenkomstencommissie. De definitieve bedragen zullen worden vastgelegd tijdens de begrotingsbesprekingen voor 2010. Het Riziv werkt momenteel aan de reglementaire aanpassingen die nodig zullen zijn als het nieuwe systeem op 1 januari 2010 in werking treedt.

26.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang): Het gaat de goede richting uit, maar wel trager dan verwacht. Zal de nieuwe regeling alleen betrekking hebben op geneesmiddelen voorgeschreven op stofnaam en op geneesmiddelen die vallen onder het advies van een geneesheer? Blijkbaar worden de nieuwe regels pas van kracht vanaf 1 januari 2010. Kan dit echt niet sneller?

26.04 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Het is onmogelijk om sneller te werk te gaan, want er moeten zeer veel wijzigingen worden aangebracht.

Het incident is gesloten.

27 Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wet inzake het verkrijgen en het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal met het oog op de geneeskundige toepassing op de mens of het wetenschappelijk onderzoek" (nr. 11651)

27.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Het wetsontwerp in verband met het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal werd op 30 december 2008 gepubliceerd in het *Staatsblad*. Op het terrein – meer bepaald bij de bedrijven betrokken bij bio.be – heerst ongerustheid over een aantal elementen van de wet, zoals het louter autoloog gebruik.

Hoe ver staat de minister met de uitvoering van de wet? Zal het Parlement de gelegenheid krijgen een en ander te bespreken samen met de uitvoeringsbesluiten?

27.02 Minister Laurette Onkelinx (Frans): Wij moeten snel te werk gaan, want Europa heeft ter zake een procedure in gang gezet. Mijn diensten hebben vijf ontwerpen van koninklijk besluit opgesteld die in Belgisch recht en in richtlijnen zouden moeten worden omgezet. Die ontwerpen zullen op het einde van de week aan de bevoegde adviesorganen worden voorgelegd.

Daarnaast ben ik bereid de informatie over die besluiten te bezorgen aan de parlementsleden die daar specifiek belangstelling voor hebben.

De **voorzitter**: Er zou één persoon per fractie kunnen worden aangewezen.

Het incident is gesloten.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.34 uur.

La discussion des questions et de l'interpellation est ouverte à 15 h 02 par Mme Muriel Gerkens, présidente.

01 Question de M. Xavier Baeselen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accord Beliris et le plan de relance du gouvernement fédéral" (n° 10940)

01.01 Xavier Baeselen (MR) : Ma question concerne le plan de relance du gouvernement fédéral et l'accord Beliris. Dans le cadre de ce plan de relance, il avait été question d'une accélération de certains grands travaux, notamment au Bozar, au boulevard Léopold III, à la station Arts-Loi, etc.

Des moyens financiers nouveaux ont-ils été dégagés par rapport à ce qui avait été annoncé pour 2009 ? Quels sont les dossiers concernés par ce « coup d'accélérateur » annoncé ? Ces décisions sont-elles définitives et ont-elles fait l'objet d'une concertation avec la Région de Bruxelles ?

On ne parle plus de la construction d'un nouveau stade à Bruxelles. Les montants prévus à cet effet ont-ils été engagés et utilisés ?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Dès décembre 2008, le gouvernement fédéral a décidé de consacrer des moyens supplémentaires aux investissements en infrastructure. Pour Beliris, nous avons acté une augmentation de 70 millions d'euros des crédits d'engagement par rapport au budget initial de 2009, et de 20 millions d'euros de crédits d'ordonnancement.

Après concertation avec la Région bruxelloise, nous finalisons un accord qui devrait comprendre l'accélération des travaux du boulevard Léopold III, de la station de métro Arts-Loi, du Palais des Beaux-Arts, du stade du Crossing ou de la Petite Ceinture Ouest. Tous ces dossiers prévus par des avenants précédents ou l'avenant actuel sont mis en œuvre.

Pour le stade, les crédits de 2,5 millions d'euros prévus en 2008 sous la ligne « Stade : construction ou rénovation », ont été affectés à la réfection de la piste d'athlétisme et de la pelouse du Stade Roi Baudouin. En 2010, un crédit de 5 millions est alloué pour cette ligne. Nous attendons un programme de la part de la Région bruxelloise.

01.03 Xavier Baeselen (MR) : Je suis rassuré par le fait qu'il s'agit d'une augmentation des montants engagés.

Pour le stade, j'ai déjà interrogé le Premier ministre. Je regrette que la Région de Bruxelles n'ait pas pris de décision quant à la construction d'un nouveau stade. Il faudra y penser si l'on veut organiser la future coupe en Belgique.

01.04 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Le 25 avril, un colloque de la Commission de planification se tiendra, comme tous les deux ans. Le programme me sera transmis.

L'incident est clos.

02 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le diagnostic et le traitement précoces du vih/sida" (n° 10932)

02.01 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Le 20 novembre 2008, le Parlement européen a adopté une résolution sur le diagnostic et le traitement précoces du VIH/sida.

La ministre a-t-elle déjà demandé que des propositions de stratégie soient élaborées ? Il est particulièrement important d'informer les groupes vulnérables sur les avantages d'un traitement précoce. Il ne faut pas perdre de vue que, dans notre pays, l'information et l'éducation ressortissent à la compétence des Régions et des Communautés. Quelle stratégie notre pays mettra-t-il en œuvre pour rendre effectifs le diagnostic et le traitement précoces ? Comment la ministre s'y prendra-t-elle pour coordonner le dépistage précoce ?

Les autorités européennes veulent également exclure toute discrimination vis-à-vis des patients atteints du VIH. Ce problème se pose souvent sur le plan juridique et de la technique des assurances. Comment pouvons-nous combattre ce type de discrimination ? Les personnes en séjour illégal et les demandeurs d'asile ont-ils accès au suivi psychologique et aux médicaments ? Qu'en est-il de la chirurgie reconstructrice et des interventions esthétiques ? Ce thème sera-t-il abordé dans le cadre de la présidence européenne de 2010 ?

Existe-t-il l'une ou l'autre forme d'enregistrement des stades de dépistage du VIH ? Dispose-t-on de données relatives à la prévalence de la maladie ? De quelle manière pourrait-on éventuellement améliorer l'enregistrement de ces données ?

02.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Les données de l'Institut scientifique de la santé publique démontrent que le nombre d'infections par le VIH constatées tardivement en Belgique au cours des dix dernières années est passé de 47 % en 1997 à 29 % en 2007 pour les non-Belges – il s'agit en l'occurrence d'un premier test positif en Belgique – et de 34 % à 22 % pour les Belges. En 2007, 9.351 patients contaminés par le VIH étaient suivis médicalement, ce qui représente une augmentation de 9 % par rapport à 2006.

(*En français*) Troisièmement, une loi combat les discriminations. Pour obtenir des détails, il faut interroger le Centre pour l'égalité des chances. Pour ce qui concerne mes services, aucune différence n'a été faite en fonction de la présence ou non du VIH.

Quatrièmement, s'agissant des personnes en situation illégale et des demandeurs d'asile, il convient d'interroger la ministre de la Migration.

(*En néerlandais*) Les firmes pharmaceutiques qui commercialisent des médicaments pour le traitement de la lipoatrophie ont été encouragées à introduire une demande de remboursement, ces médicaments n'étant pas encore remboursés à l'heure actuelle.

Les points qui seront inscrits à l'ordre du jour de la présidence belge n'ont pas encore été arrêtés. Un groupe de travail a toutefois été créé au sein de la Conférence interministérielle Santé publique. Il est chargé d'harmoniser les différentes initiatives existant actuellement dans le domaine de la lutte contre le VIH/Sida.

02.03 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Je m'adresserai également aux autres ministres compétents. Le fait que moins de patients soient diagnostiqués à un stade ultérieur est un point positif. Les ministres de l'Égalité des Chances et de la Politique de migration et d'asile pourraient être associées également à l'élaboration d'une stratégie efficace. Mais pourquoi la ministre Onkelinx n'initierait-elle pas elle-même une politique de diagnostic précoce, de dépistage et de thérapie ?

02.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Il appartient à la Conférence interministérielle Santé publique d'élaborer en la matière une stratégie digne de ce nom.

L'incident est clos.

03 Question de Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le prix des appareils auditifs" (n° 10942)

03.01 Lieve Van Daele (CD&V) : Les audiciens vendent souvent des appareils auditifs trop chers. Une étude du centre d'expertise démontre pourtant que les appareils auditifs coûteux n'offrent pas d'avantages

clairs. Le patient paie inutilement plus, car l'intervention de l'Inami a été fixée pour tous les appareils. Le centre d'expertise propose dès lors d'accorder aux audiciens des honoraires plutôt qu'un pourcentage sur le prix de vente.

La ministre soutient-elle les recommandations du centre d'expertise ? Prendra-t-elle des mesures ?

03.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : L'étude démontre qu'on ne dispose pas de données factuelles démontrant objectivement les avantages des appareils auditifs plus coûteux. Toutefois, les patients considèrent souvent les appareils plus complexes comme meilleurs.

Le 30 juin 2008, la commission de convention audiciens-organismes assureurs de l'Inami a conclu un accord en vue d'un meilleur remboursement des appareils auditifs. Cet accord court jusqu'au 31 mars 2009 et sera alors évalué. Il convient effectivement de veiller à une plus grande transparence en matière de prix et à mieux informer le patient sur l'existence d'appareils entièrement remboursés.

Il ressort d'une première analyse des suppléments payés par les patients qu'au cours des cinq derniers mois, près de la moitié des patients de moins de dix-huit ans et 30 % des adultes n'ont payé aucun supplément. Je veillerai à ce que les propositions de la commission de convention représentent une amélioration pour le patient.

03.03 Lieve Van Daele (CD&V) : L'audition est importante pour le bien-être psychique. Je me réjouis de ce que le coût des appareils auditifs fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation. J'espère que des mesures durables seront prises pour que les prix des appareils auditifs restent abordables.

L'incident est clos.

04 Question de M. Georges Dallemagne à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le bilan de l'épidémie de grippe" (n° 11153)

04.01 Georges Dallemagne (cdH) : En janvier dernier, une épidémie de grippe sévère a touché le pays. Combien de personnes ont-elles été touchées ? Quels ont été les groupes d'âge les plus touchés ? Quelles ont été les complications ? Disposez-vous déjà de chiffres de mortalité pour les groupes vulnérables ?

Quelle a été la couverture vaccinale des groupes à risque ? Quelle a été l'efficacité de cette vaccination ? Quel a été l'impact de la campagne intitulée "Cinq conseils pour éviter la propagation de la grippe", lancée à l'initiative du Commissariat interministériel *Influenza* ? A-t-on une idée du nombre de journées perdues en raison de congés maladie ? Y a-t-il eu un accroissement de consommation d'antibiotiques bien qu'on sache qu'ils sont inefficaces contre la grippe ? Quelles leçons tirez-vous pour l'année prochaine en termes de vaccination et de conseils aux médecins et à la population ?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Mes réponses seront partielles car l'épidémie est seulement en voie de se terminer. Quelque 4,4% de la population ont consulté un médecin. Lors d'une saison grippale normale, on s'attend à des taux de consultation entre 5 et 15%. Cette saison reste dans la moyenne. Les enfants sont les plus touchés, les personnes âgées, elles, paraissent les moins touchées. Cela pourrait être un effet de la vaccination. L'isolement social pourrait aussi être une explication.

Je ne suis pas en mesure de vous donner le nombre de décès liés à la grippe. L'excès de mortalité se calcule en établissant la différence entre la mortalité observée et la mortalité attendue. Cette dernière est estimée par un modèle statistique basé sur la mortalité des cinq années dernières. L'excès de mortalité constaté en janvier 2009 provient certainement d'une combinaison de plusieurs facteurs tels qu'un hiver très froid, plusieurs pics de pollution, une haute incidence de problèmes respiratoires et d'influenza.

Au mois de janvier 2009, 1.571 décès excédentaires ont été rapportés. Les personnes âgées de 85 ans et plus sont les plus touchées. Un excès de 798 décès a été comptabilisé pendant les deux premières semaines de février. Il est encore trop tôt pour établir le bilan de la mortalité pour tout le mois de février.

La couverture vaccinale des personnes âgées de 65 ans et plus est estimée à environ 60 %.

La couverture vaccinale des autres groupes devrait faire l'objet d'études scientifiques. Il n'existe pas encore de système de routine qui permette de mesurer l'efficacité vaccinale en Belgique ni dans la plupart des autres pays d'Europe. Différentes instances ont montré leur intérêt pour la campagne "Cinq conseils pour éviter la propagation de la grippe" : plusieurs communes, hôpitaux et maisons médicales ont demandé de leur livrer des affiches supplémentaires. Concernant le nombre de journées de travail perdues, les données ne sont pas encore disponibles. Nous parlerons avec les Communautés de vaccination, de prévention et de prise en charge, qui restent des compétences communautaires.

04.03 Georges Dallemagne (cdH) : Je ne puis que vous encourager à poursuivre cette coordination interministérielle et peut-être même renforcer les compétences de cette coordination en matière de recueil de données. Il serait intéressant de mieux connaître les causes exactes de ce chiffre de 1.571 décès durant le mois de janvier 2009. Il s'agit d'une surmortalité et il est important de pouvoir la combattre.

Je comprends qu'il reste des chiffres incomplets. Cette épidémie semble plutôt avoir été dans la moyenne basse des épidémies en matière d'incidence. Cette campagne a été excellente et il serait utile de la renforcer quant à sa lisibilité l'année prochaine.

L'incident est clos.

04.04 La présidente : Les questions n^{os} 11161 de M. Bacquelaine et 11191 de Mme Schyns sont reportées.

05 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le droit exclusif des pharmacies de vendre des laits de premier âge" (n° 11202)

05.01 Maggie De Block (Open Vld) : Le plan alimentaire spécifie que seuls les pharmaciens d'officine peuvent délivrer du lait de premier âge aux consommateurs. Il semble qu'aujourd'hui cette disposition soit remise en cause.

Où en est l'exécution de l'axe 4a, action 34 ?

05.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Depuis le lancement du plan, l'action 34 a fait l'objet de nombreux débats entre différents experts. Après examen du dossier, je ne suis plus favorable à la vente exclusive du lait de premier âge en pharmacie. Je plaide pour le maintien de la situation actuelle. Celle-ci encourage la concurrence des prix sans déroger aux exigences de qualité. La composition de l'alimentation des nourrissons reste, en effet, strictement réglementée. La directive en vigueur ne désigne pas de canal de distribution spécifique.

05.03 Maggie De Block (Open Vld) : La ministre se met en porte-à-faux avec l'avis du Conseil supérieur d'Hygiène, de l'Académie belge de pédiatrie et de l'Association belge du secteur des aliments de l'enfance et des produits diététiques.

Cette approche comporte des risques parce qu'il n'est pas possible de poser des questions lors de l'achat d'aliments pour bébés, alors que la gamme disponible sur le marché est énorme.

05.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Certains aliments pour les enfants, assimilés à des médicaments, ne peuvent être délivrés qu'en pharmacie.

La **présidente** : Il n'est pas évident que le pharmacien offre davantage de garanties.

L'incident est clos.

06 Question de M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le syndrome d'hyper-IgM" (n° 11210)

06.01 Jean-Luc Crucke (MR) : Le syndrome d'hyper-IgM a la particularité de ne s'attaquer qu'aux garçons

et se caractérise par l'absence de défenses naturelles, le retard mental, l'hyperactivité et des allergies multiples.

La recherche évolue mais, malheureusement, il n'y a pas encore de remède.

Comment les enfants atteints de cette maladie sont-ils soignés ? Les frais médicaux sont-ils pris en charge par la sécurité sociale ? Combien d'enfants en sont-ils atteints dans notre pays ?

Les causes ont-elles pu être identifiées ?

06.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Il y a deux types de syndromes d'hyper-IgM : le syndrome d'hyperimmunoglobuline M lié au chromosome X et le syndrome d'hyperimmunoglobuline M autosomique récessive. À peu près 30 % des cas viennent de mutations et ne sont donc pas transmis.

Les possibilités thérapeutiques sont l'administration d'immunoglobuline pendant toute la vie ou la transplantation de moelle osseuse aux garçons atteints du syndrome lié au chromosome X.

En ce qui concerne la sécurité sociale, en général, comme l'assurance soins de santé ne pose pas de conditions en fonction du genre de pathologie, toutes les interventions diagnostiques et thérapeutiques sont remboursées.

Pour certaines thérapies coûteuses, il existe bien sûr des conditions restrictives d'accès au remboursement en catégorie A, soit 100 % de taux de remboursement, avec autorisation préalable du médecin-conseil de la mutualité. Par exemple, les immunoglobulines plasmatiques et polyvalentes sont remboursables s'il est démontré qu'elles sont utilisées dans des situations adéquates.

La nomenclature est modifiée régulièrement en fonction des techniques médicales et des moyens budgétaires. Le système du MAF (maximum à facturer) protège les patients qui suivent des soins de santé de façon intensive en limitant le montant de leur intervention personnelle à un plafond annuel déterminé en fonction de leurs revenus.

Vous savez, par ailleurs, que nous sommes en train d'améliorer le système pour les malades chroniques.

La prévalence de cette maladie très rare est actuellement inconnue.

Quant aux causes de la maladie, le syndrome d'hyperimmunoglobuline M lié au chromosome X est une anomalie de la cytotoxicité des lymphocytes B et T. La réponse immunitaire humorale est basse ou absente.

Le syndrome d'hyper-immunoglobuline M autosomique récessive est très rare et touche tant les filles que les garçons. Les signes cliniques sont très variables, même au sein d'une même famille. Le diagnostic repose sur l'analyse clinique et sur les anomalies biologiques.

Pour le syndrome d'hyper-immunoglobuline M lié au chromosome X, un test fiable existe, qui permet d'identifier les porteurs des gènes qui ont subi une mutation et qui sert également au diagnostic prénatal.

L'incident est clos.

07 Question de Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les suppléments dans les hôpitaux" (n° 11248)

07.01 Lieve Van Daele (CD&V) : Une analyse des factures d'hôpitaux réalisée par la Mutualité Socialiste a une nouvelle fois mis en évidence le niveau élevé des suppléments facturés aux patients, les honoraires demandés par certains médecins dépassant jusqu'à cinq fois la limite légale.

Lors de la discussion de sa note de politique générale, la ministre a promis de prendre des mesures pour lutter contre ce phénomène et pour mieux protéger les malades chroniques. Un montant de 2 millions d'euros serait libéré à cette fin. Elle a également déclaré qu'elle entendait supprimer les suppléments facturés pour les chambres communes et doubles, les malades chroniques devant déjà bénéficier de cette mesure en 2009. Cet objectif sera-t-il effectivement encore réalisé avant la fin de l'année ?

07.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Conformément aux dispositions de la convention médico-mutualiste ayant trait à la limitation des suppléments, il faut organiser d'abord une concertation au sein de la commission de conventions médecins-mutuelles. Le 10 décembre 2008, j'ai demandé au président de cette commission d'élaborer une proposition concrète en vue de la suppression des suppléments facturés aux malades chroniques hospitalisés dans une chambre commune ou une chambre de deux personnes. En

outre, un groupe de travail ad hoc de l'Inami devra me remettre des propositions tendant à délimiter le groupe-cible malades chroniques.

Le service Soins de santé de l'Inami m'a demandé récemment de réunir un groupe de travail composé de représentants des médecins, des organismes assureurs et de la cellule stratégique Affaires sociales et Santé publique afin de faciliter la tâche de la commission de conventions appelée à rédiger la proposition.

(En français) Cette réunion est prévue ces temps-ci, pour ne pas perdre de temps.

Concernant la définition du statut de maladie chronique, les premières hypothèses de travail sont prêtes. Elles seront soumises à une concertation entre l'INAMI et ma cellule stratégique. Le groupe de travail *ad hoc* se réunira afin d'aboutir à une proposition complète, sans doute avec retard par rapport à l'échéance de fin mars.

Je devrais disposer d'un dossier sur la protection des malades chroniques contre les suppléments hospitaliers pour la fin avril ou mai. J'entends prendre les dispositions nécessaires pour la mise en œuvre à l'automne prochain.

07.03 Lieve Van Daele (CD&V) : Les hôpitaux voudraient également être associés à la concertation au sein de la commission médico-mutualiste, la payabilité des factures étant une question importante à leurs yeux également.

07.04 Laurette Onkelinx, ministre *(en néerlandais)* : Je transmettrai votre message.

L'incident est clos.

08 Question de Mme Thérèse Snoy et d'Oppuers à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les éco-chèques" (n° 11258)

08.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!) : Un nouveau système de complément salarial, les écochèques, va être mis en application. Comment ce système fonctionnera-t-il ? Comment les vendeurs pourront-ils et devront-ils distinguer en magasin les produits payables avec l'écochèque ? Comment les clients seront-ils informés sur ces produits ? Pouvez-vous nous fournir la liste définitive de ces produits ? Celle du Conseil national du Travail comprend des produits qui ne correspondent pas à des achats quotidiens, par exemple des citernes d'eau de pluie.

Cette liste inclut-elle des produits bio ? Dans la négative, pourquoi ? Cela aurait pu être une occasion de promouvoir ces produits, avec une garantie de fonctionnement puisque le label est connu et facilement identifiable par les vendeurs et les consommateurs. Est-il encore possible d'ajouter les produits bio ?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre *(en français)* : Ce système a été imaginé par les partenaires sociaux dans le cadre de l'accord interprofessionnel. La liste adoptée par eux répond à six catégories d'objectifs : économie d'énergie, économie d'eau, mobilité durable, gestion des déchets, écoconception et attention pour la nature.

Les partenaires sociaux feront connaître cette liste dans le cadre des conventions collectives, en informant sur les produits négociables à l'aide d'un écochèque. Les commerçants devront se référer à la liste du Conseil national du travail.

08.03 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!) : Le moment présent est l'occasion de relancer une consommation plus écologique. Le pouvoir politique a la légitimité de vérifier que ces écochèques correspondent à des produits labellisés comme tels. En outre, vu que le système est cautionné par le gouvernement, le caractère particulièrement écologique des produits concernés devrait être garanti.

Pourquoi les produits bio n'ont-ils pas été inclus ?

08.04 Laurette Onkelinx, ministre *(en français)* : Je conviens que, dans le cadre d'un plan de relance, il

faudrait peut-être soutenir une consommation durable et responsable, mais les produits pour lesquels les écochèques pourront être utilisés ont été choisis par les partenaires sociaux. Nous n'avons pas été partie prenante au processus.

08.05 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!) : Il y a quand même eu une décision gouvernementale !

08.06 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Nous avons accepté l'accord interprofessionnel dans son intégralité.

08.07 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!) : Il est dommage qu'il n'y ait pas eu de possibilité d'intervention.

La **présidente** : Les partenaires sociaux ont parfois du mal à expliquer l'idée des écochèques.

Certains travailleurs se plaignent des politiques qui orientent les achats.

L'incident est clos.

09 Question de Mme Zoé Genot à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le remboursement des traitements hormonaux en cas de changement de sexe" (n° 11268)

09.01 Zoé Genot (Ecolo-Groen!) : Notre Parlement a adopté le 25 avril 2007 une proposition de loi relative à la transsexualité, qui marquait la volonté du législateur de soutenir les personnes souhaitant changer de sexe.

Un citoyen souhaitant obtenir le remboursement d'un traitement hormonal masculinisant a pourtant rencontré des difficultés. Le médecin conseil de sa mutuelle a rejeté la demande de son généraliste lui prescrivant un traitement hormonal virilisant (le Sustanon), arguant que la loi ne prévoit que le remboursement de l'Androcur (féminisant et œstrogène), et uniquement lorsqu'il est prescrit par un endocrinologue.

Quels traitements hormonaux virilisants et féminisants autorisés à la prescription sont-ils remboursés ? Qui peut prescrire et à quelles conditions ? Quels sont les tarifs de remboursement ?

Pour les opérations chirurgicales (ablation des seins, reconstruction de sexes, etc.), quels sont les remboursements possibles et à quelles conditions ?

09.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Le Sustanon est la seule spécialité contenant de la testostérone pour laquelle un remboursement est autorisé. Ce médicament est un traitement supplétif de la testostérone chez les hommes atteints de troubles d'hypofonctionnement des gonades et d'ostéoporose en raison d'un déficit en androgènes.

L'autorisation est accordée sur base d'un rapport dans lequel un médecin spécialiste en gynécologie, médecine interne, pédiatrie ou urologie confirme le diagnostic sur base de deux dosages de testostérone à un intervalle de quinze jours.

Il n'y pas de traitement hormonal masculinisant remboursable dans les conditions que vous avez mentionnées. Les spécialités à base de testostérone ne possèdent pas l'indication de transsexualisme.

Il appartient aux firmes commercialisant ces spécialités de fournir des explications sur ce manque d'indications et d'éventuellement demander le remboursement à la Commission de remboursement des médicaments.

09.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!) : Je vous réinterrogerai si nécessaire car le traitement des personnes qui désirent changer de sexe doit être accessible. On connaît les risques de suicides liés à cette situation : nous devons leur faciliter la vie.

L'incident est clos.

10 Question de Mme Lieve Van Daele à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la forte augmentation de la vente de somnifères et de calmants" (n° 11286)

10.01 Lieve Van Daele (CD&V) : Selon pharma.be, des somnifères ont été vendus pour un montant de 270 millions d'euros l'an dernier dans le pays. Nous faisons ainsi partie du peloton de tête en Europe. C'est la raison pour laquelle la ministre a demandé à deux professeurs de se pencher sur les raisons de l'importance de ce montant. Elle a également annoncé une campagne destinée à imiter les abus.

Où en est l'étude ? Qui sont les professeurs ? L'enquête consiste-t-elle en une étude de la littérature en la matière ou des interviews sont-elles également prévues ? L'accent sera-t-il mis sur le consommateur ou sera-t-il également tenu compte du comportement des médecins en matière de prescriptions et des stratégies de marketing de l'industrie pharmaceutique ?

La campagne visant à limiter les abus est-elle organisée en collaboration avec la ministre flamande du Bien-être ? Existe-t-il déjà des projets concrets ?

10.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : L'étude relative à la psychomédication a été confiée aux professeurs Deboutte, pédopsychiatre, et Malotaux, neuropsychiatre et professeur en pharmacologie. Sur la base des chiffres de l'INAMI, ils ont dressé un premier bilan de la situation et ont ensuite formulé quelques pistes de réflexion. Celles-ci sont analysées et font l'objet de discussions informelles avec les intéressés. Les propositions concrètes qui en découleront feront ensuite l'objet d'une concertation formelle.

Je ne suis pas opposée à une campagne de prévention, en concertation avec les Régions, bien entendu. Les campagnes de sensibilisation relatives à la consommation de somnifères et de calmants – une campagne sera également organisée en 2009 – ont un résultat positif. Si l'étude recommande une campagne de prévention, la question sera examinée au sein de la conférence interministérielle Santé publique.

10.03 Lieve Van Daele (CD&V) : L'étude des professeurs sera-t-elle également publiée ?

10.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Je communiquerai une copie du rapport à la commission.

10.05 Lieve Van Daele (CD&V) : Je le lirai avec grand intérêt. Le problème de l'accoutumance aux somnifères et aux calmants est largement sous-estimé. En outre, le seuil pour la prise de ces médicaments est très bas.

L'incident est clos.

11 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de personnel infirmier" (n° 11308)

11.01 Maggie De Block (Open Vld) : De nombreux emplois d'infirmier sont vacants dans les hôpitaux et maisons de repos. Par ailleurs, les autorités ont tendance à relever les normes relatives au personnel infirmier. Des mesures ont été prises pour encourager les infirmiers à travailler jusqu'à un âge plus avancé et il est fait appel, dans la mesure du possible, à des infirmiers étrangers. Enfin, on a créé la fonction d'aide-soignant.

Aujourd'hui, les hôpitaux commencent à sous-traiter des tâches pour permettre au personnel infirmier de se concentrer sur les soins à dispenser.

La réglementation amène souvent les infirmiers à s'adonner à des tâches purement administratives. En Belgique, quelque 900 équivalents temps plein s'occupent exclusivement, dans les hôpitaux, de l'enregistrement du Résumé Infirmier Minimum.

Une réflexion est-elle menée en vue d'une redéfinition de la mission de l'infirmier, qui s'inscrirait ainsi davantage dans le prolongement de sa formation, et de la délégation de certaines tâches à d'autres personnes ? Où en est cette réflexion ? Ne s'indique-t-il pas d'en débattre avec les hôpitaux et le personnel infirmier ?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Madame De Block, je partage entièrement votre souci. La rareté des infirmières sur le marché du travail impose de les affecter en priorité aux activités qui requièrent leurs compétences. Plusieurs dispositions figurant dans le plan d'attractivité pour la profession d'infirmière que j'ai commencé à mettre en œuvre vont d'ailleurs dans ce sens.

Certains hôpitaux n'ont pas encore considéré cette réaffectation des activités comme une priorité. Mon administration travaille activement à une simplification maximale à cet égard. Une concertation entre les entités fédérées devrait pouvoir améliorer le partage d'informations. Le chiffre cité dans la presse de 900 équivalents temps plein infirmiers affectés aux enregistrements des données infirmières du résumé hospitalier minimum est exagéré. En outre, ces enregistrements exigent en partie des connaissances médicales ou infirmières et ne peuvent dès lors être délégués.

(*En néerlandais*) La première application est programmée dans le cadre d'une étude réalisée par le SPF Santé publique à la suite d'une autre étude publiée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé et dans laquelle les auteurs plaidaient pour la réalisation d'analyses plus approfondies et plus larges.

L'objectif consiste à déterminer le profil de soins infirmiers des patients ainsi que les compétences infirmières nécessaires pour y répondre.

Un autre aspect abordé dans l'étude est l'adaptation du financement des hôpitaux en ce qui concerne les infirmiers et aides soignants.

D'autres études suivront en vue d'adapter au maximum les décisions politiques aux besoins réels.

Un montant de 16,2 millions d'euros est réservé depuis juillet 2008 à l'informatisation du dossier infirmier, un processus qui évitera une importante charge de travail aux infirmiers et infirmières. Par ailleurs, mon prédécesseur avait déjà élargi l'éventail de missions confiées aux aides soignants.

De plus, du personnel administratif et logistique devra rejoindre les unités de soin pour décharger les infirmiers de ces tâches. Cette mesure nécessite des moyens supplémentaires.

Comme vous pouvez vous en rendre compte, le débat sur les profils et sur la différenciation des fonctions est en cours.

11.03 Maggie De Block (Open Vld) : J'attends avec impatience le plan de la ministre pour rendre plus attrayante la profession d'infirmier. Je voudrais apporter certaines nuances en ce qui concerne l'automatisation du traitement des données. Jusqu'à présent, elle ne soulage pas encore beaucoup le personnel infirmier et il faudra encore quelque temps avant que cela ne soit le cas.

11.04 La présidente : Nous reviendrons régulièrement dans les semaines à venir sur les infirmières et ce plan d'attractivité.

L'incident est clos.

12 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fonction de médecin chef de service" (n° 11330)

12.01 Yolande Avontroodt (Open Vld) : L'arrêté ministériel du 19 août 2008 prévoit que la fonction de médecin chef de service doit être assurée par un médecin spécialiste agréé. Certains pharmaciens et chimistes veulent attaquer cette disposition au Conseil d'État car ils souhaitent entrer également en ligne de compte pour la fonction de chef de service. Un dossier a-t-il déjà été introduit au Conseil d'État ? Quel est le point de vue de la ministre ?

12.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Mon administration a été informée par le greffe du

Conseil d'État qu'une telle requête avait été introduite le 24 novembre 2008. Cette affaire se trouve encore dans une phase préparatoire. Au demeurant, le statut de chef de service au sein de services médicaux en milieu hospitalier n'est pas réglé par un arrêté ministériel mais par l'article 18 de la loi sur les hôpitaux. J'ai l'intention de clarifier les dispositions de cette loi en manière telle que les dentistes, les pharmaciens et les biologistes cliniques aient le même statut que les médecins hospitaliers et puissent participer comme eux à l'organisation de l'hôpital.

12.03 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Sur le terrain, flou et incertitude règnent. Les acteurs de terrain qualifient de sage l'arrêté ministériel du 19 août 2008. Comme les intéressés, je me pose donc la question de savoir si cet arrêté sera maintenu.

L'incident est clos.

13 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation du sang des personnes atteintes d'hémochromatose" (n° 11331)

13.01 Maggie De Block (Open Vld) : Les patients atteints d'hémachromatose ont un taux de fer trop élevé dans le foie. Le seul traitement consiste à pratiquer quatre saignées par an. Un demi-litre de sang est ainsi prélevé dans un centre de transfusion. La Croix-Rouge refuse ce sang parce qu'il produit les mêmes résultats de test que le sang de donneurs souffrant d'hépatite, alors que le sang d'un patient atteint d'hémachromatose ne comporte aucun risque. Les nouveaux tests permettent également d'établir une distinction entre ce sang très chargé en fer et le sang provenant de personnes souffrant d'autres maladies. Jeter ce sang, c'est donc gaspiller. Ne pourrait-on utiliser une autre méthode de test pour éviter ce gaspillage ?

13.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Il est procédé à une analyse de laboratoire pour tout don de sang ou de composants de sang. La jaunisse ou des tests hépatiques perturbés peuvent effectivement être constatés auprès de personnes atteintes d'hémachromatose, aussi leurs dons de sang sont-ils souvent refusés.

Cependant, les analyses de laboratoire ne constituent qu'une partie des mesures prises en matière de sécurité du sang. L'altruisme qui doit toujours présider au don de sang est l'une des clés de voûte en la matière. Je me réfère à l'avis du Conseil supérieur de la Santé du 16 septembre 2004. Celui-ci note que du sang est prélevé chez ces patients pour des motifs thérapeutiques. Il n'est donc pas question en l'occurrence de don de sang désintéressé.

Ces prélèvements thérapeutiques sont réalisés dans un hôpital ou chez un médecin généraliste. Le don de sang réalisé dans un centre de transfusion est gratuit. Le risque existe effectivement que, lorsque des prélèvements thérapeutiques sont nécessaires, des contre-indications ne soient pas mentionnées afin d'obtenir cet acte thérapeutique gratuitement dans un centre de transfusion sanguine. La dissimulation d'une contre-indication accroît le risque de problèmes de qualité et de sécurité. Même avec le test de laboratoire le plus sensible, se pose le problème de la période « de fenêtre », pendant laquelle du sang peut être contagieux alors que le laboratoire ne peut pas encore le prouver.

Le désintéressement du don de sang et le dépistage objectif des contre-indications constituent des garanties fondamentales pour la sécurité de la transfusion sanguine.

L'incident est clos.

14 Question de M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la criminalité dans les hôpitaux" (n° 11367)

14.01 Michel Doomst (CD&V) : Pour obtenir une vue d'ensemble correcte de la criminalité dans les hôpitaux, le SPF Santé publique doit, en collaboration avec le SPF Intérieur, développer un système de monitoring qui puisse être régulièrement mis en œuvre dans nos hôpitaux. La politique pourra ainsi être adaptée de façon optimale aux besoins et aux aspirations des hôpitaux. Le monitoring devait être lancé à l'automne de 2008, après une phase de test. En outre, les deux SPF projetaient de développer un site internet où les hôpitaux pourraient rapporter les faits criminels.

La ministre pourrait-elle fournir de plus amples informations sur ces deux projets ?

14.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Pour s'attaquer au problème de la criminalité dans les hôpitaux, il convient en premier lieu de pouvoir cerner clairement l'ampleur du problème. C'est pourquoi le moniteur Criminalité est organisé dans chaque hôpital belge depuis le 1^{er} octobre 2008 afin d'enquêter sur le nombre de faits de vol, de vandalisme et d'agression enregistrés en 2007 dans des hôpitaux et aux abords de ceux-ci, ainsi que sur les mesures prises. L'objectif est de rééditer cette enquête tous les deux ans. 190 des 305 hôpitaux ont complété le questionnaire et les résultats sont actuellement analysés par le SPF Intérieur. Il est important que chaque fait soit rapporté et je continuerai donc, avec le ministre De Padt, à sensibiliser les hôpitaux à la nécessité de signaler les faits criminels. Après la campagne "NON aux voleurs", une campagne de prévention et de sensibilisation aux agressions, qui accordera plus d'attention à la déclaration d'agressions, sera lancée dans les hôpitaux.

Tant la campagne que le moniteur s'inscrivent dans le cadre d'un projet global de lutte contre la criminalité dans les hôpitaux. Nous oeuvrons à un réseau de sécurité et de prévention de la criminalité dans les hôpitaux, une lettre d'information comprenant des conseils et une campagne en matière d'agressions. Il existe un moniteur de la criminalité et une étude relative à l'agression dans les hôpitaux psychiatriques. Les hôpitaux peuvent faire appel à des stewards financés par les autorités publiques. Il ressort en outre de la journée d'étude du 5 mars dernier que de nouvelles initiatives doivent être prises relatives à la sécurité, à la prévention et à la répression de l'agression dans les hôpitaux.

14.03 Michel Doomst (CD&V): Je me félicite de constater que ce problème fait l'objet d'une plus grande attention, vu la croissance du vieillissement de la population qui se fera immanquablement sentir dans l'occupation des lits d'hôpitaux. Si j'ai bien compris, le site internet est relégué au second plan.

14.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Ce n'est pas repris pour le moment.

L'incident est clos.

15 Questions jointes de

- **M. Servais Verherstraeten à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fixation du forfait annuel accordé aux maisons de repos" (n° 11391)**
- **Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la communication tardive du forfait aux maisons de repos" (n° 11483)**
- **Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la communication tardive du forfait aux maisons de repos" (n° 11621)**

15.01 La présidente : M. Verherstraeten, retenu dans une des commissions spéciales, se contentera de lire la réponse de la ministre.

15.02 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Au mois de septembre, les maisons de repos et de soins (MRS) doivent communiquer à l'Inami les données nécessaires au calcul du forfait. L'Inami doit alors calculer le montant du forfait avant le 1^{er} janvier. Dans la pratique, ce système n'a pas toujours fonctionné. Conséquence : les MRS ignoraient quel prix elles étaient autorisées à facturer pour une journée. Cette année-ci, ce calcul n'avait pas encore été effectué au mois de février. La législation régissant le statut de l'infirmière en chef s'est manifestement fait attendre trop longtemps, ce qui a également retardé le calcul du forfait. Entre-temps, ce dossier aurait néanmoins progressé. Comment la ministre fera-t-elle en sorte que la date-butoir de janvier 2010 puisse être respectée ?

15.03 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : Il est exact que l'INAMI tarde parfois à communiquer les montants aux MRS mais ceci doit toutefois être nuancé. À l'heure actuelle, aucun délai légal n'est imposé à l'INAMI pour la communication de ces forfaits. S'il faut autant de temps pour effectuer les calculs, c'est parce que la procédure fixée par la loi est longue. En vertu de la loi de 1994, le comité de l'assurance peut soumettre des propositions au ministre des Affaires sociales en matière d'intervention forfaitaire dans ces établissements. Dans la pratique, la Commission de convention, au sein dans laquelle les MRS sont représentées, élabore ces propositions. Elle ne peut le faire qu'après le mois d'octobre, lorsque l'INAMI a approuvé les budgets. Ensuite, les projets d'arrêtés doivent être soumis à l'inspection des Finances, au

secrétaire d'État au Budget et au Conseil d'État.

Si des arrêtés entraînant une modification des forfaits avec effet rétroactif doivent encore être publiés, l'INAMI diffère l'octroi de ces forfaits. Comme les MRS établissent des factures trimestrielles, les forfaits doivent être communiqués pour le 31 mars au plus tard.

L'adaptation du forfait à partir du 1er janvier est liée au complément fonctionnel pour les infirmiers en chef, au financement octroyé pour les déments et à la prime d'attractivité. Si l'INAMI communiquait déjà un forfait provisoire, cela risquerait d'entraîner des conflits par la suite. Pour évaluer correctement la situation financière, la plupart des MRS utilisent des programmes de simulation. À moins que d'autres mesures ne soient prises, l'INAMI s'engage à communiquer le forfait à temps aux MRS à l'avenir.

15.04 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Il serait utile d'informer le secteur à ce sujet. Il est important pour les résidents des MRS que le prix facturé soit correct.

L'incident est clos.

Présidente : Mme Marie-Claire Lambert.

16 Interpellation et question jointes de

- **Mme Muriel Gerkens à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'utilisation du tiers-payant en dentisterie" (n° 292)**
- **M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la déclaration de situation financière individuelle occasionnelle de détresse" (n° 11508)**

16.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!) : Un arrêté royal a été pris le 23 février pour limiter le recours au tiers-payant en dentisterie. Un des objectifs annoncés est de lutter contre les abus, notamment les attestations pour des soins non prestés. Il me semble pourtant que les soins dentaires sont particulièrement traçables et qu'il existe des outils de contrôle. Des études ont-elles été réalisées sur ces abus ? Faut-il vraiment faire peser les soupçons sur tous les dentistes ? Il faut deux ans pour que les prestations soient payées au dentiste. En cas de contrôle, les patients ne se souviennent plus des soins qui leur ont été donnés. Ne peut-on raccourcir ce délai pour que les outils de contrôle soient plus performants ?

Dans cette question des abus, j'essaie également de comprendre la mission de la Commission nationale dento-mutualiste (Dentomut). Doit-elle opérer des choix budgétaires sur la base desquels les priorités de remboursement sont établies ou organiser et superviser la lutte contre les abus ?

Certains choix ne concordent pas avec l'objectif d'apporter les meilleurs soins pour tous. Dans l'hypothèse où il y aurait des abus contre lesquels la Commission de profils et le Service de contrôle médical seraient impuissants, pourquoi faire appel à la Dentomut pour prendre des dispositions, alors que son rôle est d'élaborer le budget et d'arbitrer entre les besoins ?

Le forfait capitaire dentaire est interdit. Pourquoi ? Cette solution est pourtant utilisée ailleurs, par exemple dans les maisons médicales.

Les futures conventions de la Dentomut sur le tiers payant pourront-elles se baser entièrement sur l'intérêt des patients, en dehors de toute suspicion d'abus ?

Pour pouvoir prester en tiers payant, un dentiste doit être conventionné. Or, la convention interdit la pratique du tiers payant. Peut-on, oui ou non, pratiquer le tiers payant via les dispositions en cours ?

La convention Dentomut 2009-2010 précise que les organismes assureurs rassemblent des chiffres sur l'usage aberrant du tiers payant, tel que défini dans l'arrêté royal du 10 octobre 1986, à savoir l'usage de la situation de détresse financière en dehors de la franchise sociale et des statuts OMNIO. Seuls les patients

qui ont atteint le MAF (maximum à facturer) pourraient prétendre au tiers payant.

L'évaluation du système du tiers payant se concentrera-t-elle sur la limitation de la situation de détresse financière aux seuls patients ayant atteint le MAF ?

Le projet d'arrêté a été modifié après les réactions des dentistes sociaux, puisque le dentiste ne pouvait facturer du tiers payant que pour 75 % de ses actes, tandis que 5 % de ses actes sont réservés à des personnes en situation de détresse financière. La notion de caractéristique sociale, mesurable dans la patientèle du dentiste, a été introduite.

Par ailleurs, il est indiqué que la commission nationale détermine les dentistes qui seront contrôlés quant au respect de leur engagement de limitation du recours au tiers payant. L'accord porte-t-il sur la répartition 75 / 5 % ou sur la vérification de l'acte signalé en tiers payant ? D'autre part, le recours au tiers payant ou le fait de considérer qu'il y a détresse financière résultent du choix du patient. En principe, le prestataire ne peut pas s'y opposer. Qu'est-ce qui légitime le refus du dentiste à qui des quotas sont imposés ?

Enfin, l'arrêté royal du 9 février impose de joindre à l'attestation de détresse financière une déclaration de la main du patient. Un dispositif a-t-il été prévu pour les personnes qui ne savent pas écrire en français ?

16.02 Jean-Jacques Flahaux (MR): Vous avez pris un arrêté royal demandant aux patients de rédiger et de signer eux-mêmes une déclaration de situation individuelle occasionnelle de détresse afin de les faire bénéficier du tiers payant. Mais il s'avère que nombre de praticiens soulignent un fort taux d'illettrisme chez leurs patients. Accepteriez-vous que l'on puisse remplir le document dans une langue étrangère ou qu'un interprète, éventuellement un enfant du patient, remplisse le document en leur lieu et place ?

16.03 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Madame Gerkens, j'ai transmis vos demandes à l'INAMI. J'ai encore dit récemment qu'à côté des dernières dispositions de la Dentomut, il faudrait un véritable « plan dents » dans les années à venir. Je soutiens le système du tiers payant, mais il faut éviter d'en abuser. L'arrêté modificatif paru le 23 février 2009 a été pris après de très nombreuses discussions menées au cours des dernières années.

Ces modifications doivent permettre de réaliser un contrôle et un meilleur suivi de certains aspects liés au régime du tiers-payant par d'autres instances au sein de l'INAMI.

La commission de profil n'exerce aucune compétence en matière de politique à mener sur d'éventuels abus par rapport au régime du tiers-payant. La commission nationale Dentomut n'agit pas en dehors de ses compétences dans le cadre de l'application de la procédure contenue dans l'actuel accord national. S'agissant du fond, la volonté de tous les acteurs, et la mienne, consiste à préserver le tiers-payant en le contrôlant mieux.

Je constate que cet arrêté royal ne semble poser de problèmes qu'à une série de dentistes regroupés au sein d'une ASBL.

Le projet initial ne contenait pas à mon avis assez de garanties permettant d'éviter à des praticiens travaillant avec une patientèle socialement défavorisée d'éviter des contrôles intempestifs. C'est à cette fin qu'a été ajoutée une condition de volume global de prestations permettant de cibler l'action de contrôle sur les prestataires attestant un volume de prestations supérieur à la moyenne et un nombre important de ces prestations en tiers-payant.

Je suis évidemment disposée à discuter des modalités d'application de la mesure en ce qui concerne la déclaration sur l'honneur à signer par le patient concernant l'état de détresse financière, en ce compris le recours éventuel à des traducteurs.

En ce qui concerne les questions de M. Flahaux, je n'ai pas reçu les informations selon lesquelles nombre de praticiens soulignaient le fort taux d'illettrisme chez leurs patients. Il n'y a, à ce stade, aucune autre possibilité permettant aux dentistes de vérifier l'état de détresse financière d'un patient. Je ne souhaite pas rentrer dans une logique où l'on oblige ces patients à se munir en permanence de leurs informations fiscales sur support

papier pour prouver l'état de leur situation financière. Je demeure cependant disposée à discuter de toutes les modalités pratiques de cette déclaration afin de rendre son utilisation accessible à tous.

16.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Je partage avec vous la préoccupation de ne pas affaiblir le mécanisme du tiers payant en permettant les abus. Ce que je ne comprends pas, c'est la raison pour laquelle on ne parvient pas à dire si des soins dentaires ont été prestés ou non chez telle ou telle personne. La volonté d'y arriver étant absente, on établit des pourcentages de patientèle. Ainsi, chaque dentiste peut disposer d'un pourcentage de patients pauvres. Si les déclarations sont supérieures à ce pourcentage, il est considéré comme posant de manière abusive ses actes en tiers payant. Ce n'est pas normal.

Vous dites que le dentiste n'a pas la capacité de vérifier la situation financière du patient. Mais si on lui attribue un pourcentage de patients pauvres auxquels il peut appliquer le tiers payant, que va-t-il faire une fois ce quota atteint ? Si une personne se trouve en situation de détresse, le dentiste ne peut refuser de lui dispenser des soins. À cet égard, il y a un manque de logique dans l'organisation des dispositions.

En ce qui concerne la déclaration manuscrite signée par le patient, les dispositions antérieures prévoyaient que le dentiste puisse rédiger lui-même le document en lieu et place du patient. Si cette disposition est abrogée, il faut la rétablir.

Les déclarations des représentants des mutuelles indiquent que ces dispositions prévues dans l'arrêté et dans l'accord de la convention Dentomut ne sont pas correctes et qu'il convient d'être beaucoup plus souple, alors qu'en d'autres lieux, ils tiennent des discours différents. C'est là que réside le problème. Ils devraient être cohérents, quels que soient le lieu et le public auquel ils s'adressent.

Il faut effectivement un plan d'accès et d'organisation aux soins dentaires. On est en droit de s'interroger quant à l'équité dans la livraison des soins et leur attestation.

Je déposerai donc une motion pour améliorer les moyens de contrôle par le biais d'outils de traçabilité et le renforcement des organismes de contrôle, raccourcir à deux mois le délai de paiement des prestations du dentiste afin de conserver le lien entre l'acte posé et son contrôle, examiner le recours au forfait capitaire et maintenir les dispositions permettant au dentiste de compléter lui-même la situation de détresse financière.

16.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Vous avez raison, la réforme est déjà positive et trop de "mauvais social" tue le vrai social.

Le cas échéant, je ne doute pas que vous répondrez aux difficultés rencontrées par certaines populations d'origine étrangère dans le sens de ma proposition.

Motions

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

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Muriel Gerkens et est libellée comme suit :

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Muriel Gerkens

et la réponse de la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
demande au gouvernement

- d'améliorer les outils de contrôle des soins via les outils de traçabilité des soins, le renforcement des organismes de contrôle, le raccourcissement du délai des demandes de paiement de ses prestations par le dentiste à deux mois ;

- d'examiner le recours au forfait capitaire ;

- de maintenir les dispositions autorisant le dentiste à remplir l'attestation de détresse financière (cfr. AR 10 octobre 1986 article 6, 2° al. 5)."

Une motion pure et simple a été déposée par Mmes Maggie De Block et Marie-Claire Lambert et par M. Jean-Jacques Flahaux.

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

17 Question de M. Flor Van Noppen à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la liste positive de reptiles" (n° 11397)

17.01 Flor Van Noppen (N-VA) : Une liste positive provisoire de reptiles a été dressée l'an dernier. Les personnes concernées ont pu communiquer leurs observations au Service du bien-être animal et à la CITES. Une liste définitive devait alors être dressée sur la base de ces observations et ensuite coulée dans un arrêté royal.

Qu'en est-il de l'introduction de cette liste positive ? Existe-t-il déjà une proposition de liste définitive ? L'arrêté royal est-il prêt et a-t-il été soumis au Conseil d'État ? Pourriez-vous alors me fournir la nouvelle liste positive ? Combien d'observations ont été formulées ? Sur quels points la nouvelle liste diffère-t-elle du projet de liste ?

L'an dernier, la ministre a affirmé que les amateurs pouvaient conserver les animaux qui ne figuraient pas sur la liste pour la reproduction à usage personnel, ce qui engendre toutefois le risque de croisement consanguin. Une exception sera-t-elle prévue pour l'échange d'animaux d'élevage qui ne figurent pas sur la liste des animaux interdits ?

17.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : Le Service du bien-être animal et la CITES ont reçu 968 demandes visant à ajouter des espèces animales au projet de liste des animaux et 92 demandes visant à supprimer des espèces animales de la liste. L'examen de ces demandes prend un temps considérable, de sorte qu'aucune liste définitive n'a encore pu être rédigée.

Le principe selon lequel les personnes privées peuvent conserver les animaux qu'ils possédaient avant l'entrée en vigueur de la liste positive, ainsi que la progéniture de ces animaux, est inscrit dans la loi relative au bien-être animal. Il s'agit d'une exception à l'interdiction pour éviter que des animaux ne doivent être abattus. Aucune exception supplémentaire n'est prévue pour les animaux qui ne figurent pas sur la liste. Ce serait contraire au principe de la liste positive.

17.03 Flor Van Noppen (N-VA) : Il n'y a pas encore de liste définitive. Les détenteurs de reptiles aimeraient être fixés. Je suggère à la ministre – pour éviter les problèmes de consanguinité – de permettre aux éleveurs de reptiles amateurs d'échanger les animaux qui ne figurent pas sur la liste. A défaut, on risque de produire de très vilains reptiles.

L'incident est clos.

18 Question de Mme Maggie De Block à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les médicaments contre le rhume destinés aux enfants" (n° 11484)

18.01 Maggie De Block (Open Vld) : Début mars, la presse britannique a diffusé un avertissement recommandant de ne pas administrer de médicaments contre le rhume aux enfants de moins de douze ans. De même, les autorités vont conseiller aux pharmaciens britanniques de ne pas vendre de médicaments aux enfants de moins de six ans.

Existe-t-il en Belgique des consignes relatives à l'utilisation de médicaments pour les enfants ? Est-il souhaitable d'adresser un avertissement à la population ? Serait-il opportun d'élaborer une directive ?

18.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : La révision de l'utilisation de sirops contre la toux chez les enfants est déjà en cours depuis longtemps et aucun élément neuf n'est apparu dans ce dossier ces derniers temps. Il s'est en effet avéré que les sirops contre la toux ont une efficacité limitée, mais qu'ils peuvent en revanche causer chez les enfants des effets secondaires sérieux, comme la dépression respiratoire. Le résumé des caractéristiques du produit et la notice des médicaments contenant un antitussif ont été adaptés il y a deux ans. Dans le cadre de cette adaptation, l'utilisation des antitussifs a été déconseillée pour les enfants de moins de deux ans et soumise à de strictes conditions pour les enfants de deux à six ans. La contre-indication doit par ailleurs être incluse dans les publicités pour les sirops contre la toux disponibles sans prescription et pour les médicaments à usage nasal. Ces recommandations seront jointes dans les informations destinées aux médecins et aux pharmaciens.

18.03 Maggie De Block (Open Vld) : Effectivement, il est utile de mentionner également les avertissements requis pour les sirops non soumis à prescription.

L'incident est clos.

19 Question de M. Jean-Luc Crucke à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Fonds des maladies rares" (n° 11503)

19.01 Jean-Luc Crucke (MR) : Le Fonds des maladies rares est actuellement géré par la Fondation Roi Baudouin.

Quel est son financement actuel ? Quel montant complémentaire lui sera-t-il alloué et pour quelles missions ?

Qu'en est-il du « Plan national » pour les maladies rares ?

19.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : En décembre dernier, la Fondation Roi Baudouin et une délégation du Fonds des maladies rares m'ont demandé de reconnaître formellement le Fonds et de subventionner son fonctionnement. J'ai donné mon accord de principe à cette demande dans le souci cependant de le développer en étroite coordination avec mon programme "Priorité aux malades chroniques".

En 2009 et 2010, le soutien de la Fondation Roi Baudouin sera de 15.365 euros par an. Il m'a été demandé de financer le Fonds à concurrence de 210.000 euros, dont une première tranche de 115.000 euros en 2009. La cellule stratégique étudie actuellement les glissements budgétaires possibles au sein de l'enveloppe du programme "Priorité aux malades chroniques" pour financer ce soutien au Fonds.

Ces subsides conjoints permettront de financer un plan d'action "maladies rares" pour la Belgique.

Il conviendra de voir quels moyens seraient disponibles à partir de 2011 pour mettre ce plan en œuvre.

L'ossature du plan est composée comme suit : information, définition et inventaire, encouragement de la recherche, accès aux soins, expertise efficace, responsabilisation des patients et pérennité des actions.

Présidente : Mme Muriel Gerkens.

L'incident est clos.

20 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la lutte contre les méfaits de la cigarette sur les femmes enceintes" (n° 11507)

20.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Face au problème d'addiction au tabac des femmes enceintes, le Centre d'aide aux fumeurs des hôpitaux de Tournai organise des séances de sensibilisation adressées aux gynécologues et aux patientes.

D'autres actions de ce type sont-elles organisées, où et sur quel mode ? L'Inami est-il partenaire de cette action ?

Quels sont les moyens mobilisés dans cette lutte et quels sont les progrès à faire ?

20.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : La problématique du tabagisme chez les femmes enceintes est prise à bras-le-corps depuis plusieurs années par différents moyens. L'arrêté royal du 17 septembre 2005 permet aux femmes enceintes et à leur partenaire de bénéficier du remboursement de huit séances de sevrage tabagique. Ce programme de sevrage tabagique est organisé par le FARES et la VRGT et couvre la totalité du pays. Il comporte un axe destiné aux professionnels de la santé et un axe destiné au grand public.

Auprès des professionnels, le programme a pour objectifs de sensibiliser au sujet les gynécologues, les sages-femmes et les infirmières de maternité, de renforcer l'implication des pharmaciens et de garantir un accompagnement de qualité dans le sevrage tabagique. Auprès du grand public, les objectifs sont d'offrir un accueil qui ne stigmatise pas la consommation de tabac, de sensibiliser aux effets délétères du tabagisme prénatal, d'informer de l'existence du programme et d'offrir un accompagnement spécifique et local. Ce sont donc tous les professionnels de la santé travaillant dans le secteur de la natalité qui sont impliqués.

Dans le cadre du Plan cancer, la mesure de remboursement forfaitaire des consultations a été étendue et sera d'application au plus tard le 1^{er} juillet. Le réseau global des tabacologues est en croissance. La formation de nouveaux spécialistes est assurée chaque année par une formation inter-universitaire. Quelque 355 tabacologues ont déjà suivi cette formation et plus d'une centaine de professionnels de la santé sont inscrits pour la session 2009.

20.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Votre réponse me satisfait.

L'incident est clos.

21 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les droits du conjoint en cas d'hospitalisation à l'étranger d'un époux homosexuel" (n° 11509)

21.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Quelle reconnaissance et quels droits, lors de déplacements à l'étranger d'un couple belgo-français ou belgo-polonais par exemple, aurait le conjoint belge dans le cadre d'une hospitalisation de son époux ? Qu'est-il prévu pour les couples homosexuels belges se rendant à l'étranger, en Europe et amenés à y être hospitalisés ? Quelles sont, au-delà des limites de l'Europe, les applications prévues en termes d'accord lors d'un souci de santé, pour tout couple homosexuel, 100 % belge ou mixte.

Quelle est la politique établie en général pour la prise en compte des conjoints et familles dans le cadre d'hospitalisations à l'étranger ? Des accords sont-ils passés entre États relevant de législations matrimoniales différentes ? Existe-t-il des textes européens encadrant ces situations ? Y a-t-il une législation internationale en la matière ? Des travaux ou projets à ce propos sont-ils en cours ?

21.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Les droits aux soins de santé d'un conjoint homosexuel pour tout couple assujéti à la législation belge sont préservés si les soins sont dispensés lors d'un séjour temporaire dans un autre État de l'Espace économique européen (EEE) et en Suisse.

Si le transfert de résidence se fait dans un autre État de l'EEE qui ne reconnaît pas le mariage homosexuel, le conjoint à charge ne pourrait pas nécessairement bénéficier d'un droit de prestation de soins de santé. Dans ce cas, le remboursement s'effectue en application des accords bilatéraux de sécurité sociale conclus par la Belgique et comprenant l'assurance obligatoire soins de santé ou, dans les pays tiers, suivant la législation belge en cas d'hospitalisation d'urgence seulement.

C'est le ministre de la Justice qui est compétent pour vos autres questions relatives aux législations matrimoniales.

21.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Je ne doute pas que vous aurez le souci en Conseil européen de faire évoluer les choses. Le problème est exacerbé pour des couples mariés en Belgique qui se sont retirés sur la Côte d'Azur ou en Espagne. Autant d'éléments qui mettent le problème en évidence et obligeront, je l'espère, les autres États à faire évoluer leur législation.

Je poserai au ministre de la Justice les questions qui lui sont propres.

L'incident est clos.

22 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le maintien du refus de don de sang aux homosexuels" (n° 11510)

La **présidente** : Votre question se rapporte à un sujet développé par Mme Genot voilà quelques semaines. Y a-t-il un élément nouveau ?

22.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Oui. Je pose cette question parce que j'estime qu'un éclaircissement est nécessaire. Votre réponse à Mme Genot précisait que ce ne sont pas seulement les homosexuels qui sont exclus des dons de sang, mais aussi les hétérosexuels ayant eu des rapports homosexuels et les hétérosexuels purs. Vous indiquiez donc que ce sont les pratiques à risques qui sont visées (voir *Compte rendu analytique* 52 COM 439 du 2 février 2009, p. 12-15).

Si des hommes ont eu des rapports avec une ou plusieurs femmes, il ne semble pas y avoir de problème. Or, le risque me semble tout aussi grand. Sous une volonté de sécurité, je crains qu'on ne veuille marginaliser certaines personnes.

22.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Le problème n'est pas l'appartenance à un groupe, mais la prise en compte de comportements qui pourraient poser un problème de sécurité du sang transfusé. Nous nous basons sur des données épidémiologiques qui nous viennent de l'Institut scientifique de santé publique, qui a noté depuis 2002 une augmentation des cas de VIH en Belgique. Cette augmentation, un doublement entre 1997 et 2006, touche surtout les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Il y a certainement des comportements à risque parmi les hommes qui ont des rapports avec plusieurs femmes ou parmi les femmes, mais pour les transfusions, on part de données épidémiologiques pour voir là où les risques sont élevés. La France vient de confirmer cette analyse. Le risque de contamination lors d'un contact sexuel entre deux hommes est statistiquement plus important que lors d'un contact sexuel entre un homme et une femme.

La dernière version des recommandations de l'Institut date de 2008. Si les statistiques venaient à changer, je reverrais immédiatement les choses. Mais je ne peux pas me permettre de prendre des risques avec le sang transfusé.

Je sais que c'est délicat pour les personnes concernées, qui peuvent se sentir exclues.

22.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Nous connaissons une évolution de la société. Les jeunes mènent une vie libérée et de plus en plus "mixte". Je suis certain que, dans quelques années, ce ne sera plus nécessairement ce groupe-là qui sera le plus à risque, mais plutôt ceux qui auront une vie sexuelle débridée.

L'incident est clos.

23 Question de M. Michel Doomst à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la sécurité des médecins généralistes" (n° 11512)

23.01 Michel Doomst (CD&V) : Une enquête intitulée « Votre sécurité, notre préoccupation ! » a été menée parmi les généralistes en 2008. Sur la base de cette enquête, les SPF Intérieur et Santé publique devaient rédiger conjointement au printemps 2009 un vade-mecum comportant des mesures préventives spécifiques. Un projet-pilote a par ailleurs été lancé à Bruges et dans le Hainaut en vue de la mise en place d'un dispatching central et de la mise en œuvre d'autres mesures destinées à assurer la sécurité des généralistes.

Où en est ce vade-mecum ? Quelles mesures de sécurité concrètes sont à l'étude ? Dans quel délai seront-elles mises en œuvre ? Quels enseignements ce projet-pilote a-t-il permis de tirer ? La ministre sait-elle que le syndicat des généralistes flamands est demandeur d'une sécurité accrue ? Comment se déroule la concertation avec l'Intérieur ?

23.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : La sécurité des généralistes est un problème important dont la ministre de la Santé publique et le ministre de l'intérieur assument conjointement la responsabilité.

Deux mesures vont être prises : l'élargissement du système du tiers-payant et la mise en place d'un dispatching central dans le cadre des services de garde de première ligne. Actuellement, le système du tiers-payant peut déjà être utilisé au bénéfice de nos concitoyens les plus défavorisés mais, en concertation avec les représentants des médecins, j'examine en ce moment la possibilité d'étendre ce système à d'autres catégories de la population.

Le projet du dispatching central – il s'agit du projet 1733 – a démarré dans le Hainaut. Nous avons créé une ligne téléphonique unique qui renseigne les patients en quête d'une ambulance, d'un service des urgences, d'un poste de garde avancé ou d'un généraliste de garde. Ce projet, qui sera aussi lancé à Bruges au cours des prochains mois, devrait contribuer à réduire le nombre de consultations à domicile et, partant, à accroître la sécurité des médecins.

L'élargissement des postes de garde avancés, qui s'inscrit également dans notre stratégie visant à renforcer la sécurité des généralistes, contribuera aussi à améliorer l'accès aux soins de première ligne ainsi que la qualité de ces soins. J'ai donc augmenté les budgets concernés de 50 % en 2008 et 2009.

23.03 Michel Doomst (CD&V) : Le projet prévu pour Bruges sera-t-il lancé avant les vacances parlementaires ?

23.04 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : Je ne connais pas la date précise de son lancement mais il sera lancé prochainement.

L'incident est clos.

24 Question de M. Ben Weyts à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la situation linguistique dans les hôpitaux bruxellois" (n° 11516)

24.01 Ben Weyts (N-VA) : En octobre 2002, des députés – appartenant notamment à la majorité actuelle – et mandataires bruxellois avaient saisi le Conseil de l'Europe d'une pétition dans laquelle ils réclamaient le droit, pour les néerlandophones de Bruxelles, d'avoir accès aux soins de santé dans leur propre langue. Le Conseil de l'Europe avait adressé à l'autorité fédérale une série de recommandations.

Sept ans plus tard, la situation n'a guère changé comme l'a notamment révélé le témoignage navrant d'une patiente néerlandophone qui, en se réveillant à l'hôpital, a subi un choc postopératoire et s'est exprimée dans sa langue maternelle. Personne parmi le personnel soignant ne la comprenait. La direction de l'hôpital concerné a indiqué laconiquement que son personnel est bilingue, puisqu'il connaît l'anglais et le français.

Quelles actions le gouvernement a-t-il entreprises à la suite des recommandations du Conseil de l'Europe ? Quelles sont les intentions de la ministre en la matière ? Que pense la ministre du courrier de la direction de l'hôpital ? Je propose d'ajouter la connaissance de la langue aux conditions d'exercice de la profession pour le personnel infirmier. Il conviendrait que les médecins et infirmiers fassent la preuve de leur bilinguisme pour pouvoir exercer leur profession à Bruxelles.

24.02 Laurette Onkelinx, ministre (en néerlandais) : Lors de la conférence interministérielle du 2 mars 2008, il a été décidé de dresser l'inventaire des plaintes relatives à l'accueil, y compris celles portant sur des problèmes de langue. Le groupe de travail intercabinets se concertera dans le courant du mois à propos de l'élaboration de cet inventaire.

Dans un deuxième temps, la possibilité d'un accord de coopération entre les entités fédérées et l'État fédéral sera envisagée. Les entités fédérées pourraient, par l'entremise d'un système de codécision, confier le rôle de guichet à l'État fédéral. Ce guichet récolterait les plaintes et les transmettrait aux autorités compétentes. Le groupe de travail intercabinets se penchera sur les différentes étapes nécessaires à l'élaboration d'un tel accord de coopération.

Je voudrais souligner que la Région bruxelloise propose en permanence des cours de langue intensifs. Le Selor a par ailleurs adapté ses examens linguistiques de façon à ce que le personnel des institutions publiques de soins puisse obtenir une prime linguistique.

Selon la loi du 18 juillet 1966, l'emploi des langues en matière administrative relève de la compétence du ministre de l'Intérieur. Seuls les hôpitaux publics sont liés par cette loi. L'hôpital mentionné par M. Weyts est un hôpital privé.

Nous souhaitons ainsi inciter tous les hôpitaux bruxellois à veiller dans la mesure du possible au bilinguisme de leur personnel. L'insertion d'une exigence linguistique dans l'arrêté royal n° 78 ne me paraît toutefois pas recommandée. Cet arrêté vise à encadrer l'exercice de la médecine en réglementant notamment les conditions d'accès à la profession, les services de garde ou les honoraires. Une exigence en matière de connaissances linguistiques ne me paraît pas opportune dans ce cadre médical.

24.03 Ben Weyts (N-VA) : On évolue dans la bonne voie mais je pense que des moyens plus fondamentaux seront nécessaires. Je pense notamment à l'imposition de la connaissance de la langue comme condition à l'exercice de la profession. Les soins de santé dispensés dans sa propre langue constituent un droit fondamental de chaque citoyen.

L'incident est clos.

25 Question de M. Jean-Jacques Flahaux à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le psoriasis et ses nouveaux traitements" (n° 11524)

25.01 Jean-Jacques Flahaux (MR) : Le psoriasis est une maladie incurable susceptible d'altérer fortement la vie des patients. À défaut de guérison, les traitements en pratique aujourd'hui permettent une rémission durable. Ces cinq dernières années, quelle a été l'évolution du nombre de patients atteints de psoriasis en Belgique ?

De nouvelles thérapies biologiques ont été développées, mais leur place, leur efficacité comparée et leur sécurité doivent encore faire l'objet d'investigations complémentaires. D'autres voies thérapeutiques se dessineront certainement encore dans un avenir proche.

Madame la Ministre, disposez-vous déjà d'éléments d'information en la matière ? Quels seraient les coûts des différents traitements du psoriasis pour la sécurité sociale ? Quelle serait l'évolution de ces coûts ? Comment les prendre en charge ?

25.02 Laurette Onkelinx, ministre (en français) : Le psoriasis touche de 2 à 5 % de la population européenne. Une association à une arthrite psoriasique s'observe chez plus de 10 % de ces malades. En Belgique, on estime que 2 % de la population souffre de psoriasis.

Les thérapies biologiques ont ouvert de nouvelles perspectives thérapeutiques. Cependant, le rapport risque / bénéfice par rapport aux traitements classiques reste à déterminer. Actuellement, ces traitements sont réservés aux cas sévères, résistants ou intolérants, ou ayant des contre-indications aux traitements traditionnels, soit environ 0,5 % des patients.

Parmi les thérapies biologiques, seuls l'etanercept et l'adalimumab sont remboursables pour l'indication psoriasis. Le coût total pour l'assurance de ces produits prescrits par des dermatologues était de 25 147 euros en 2005, 1 874 667 euros en 2006 et 3 685 445 euros en 2007. Sur la même période, le montant total consacré à ces deux produits en rhumatologie est passé de 0,06 % à 5,43 %. L'INAMI ne peut pas évaluer l'évolution du coût de l'utilisation de ces produits dans différents traitements.

J'ajouterai qu'une prestation a été introduite récemment dans la nomenclature afin d'évaluer le malade atteint d'une pathologie inflammatoire rhumatoïde, entre autres l'arthrite psoriasique.

25.03 Jean-Jacques Flahaux (MR) : L'évolution des chiffres me paraît justifier une étude approfondie.

L'incident est clos.

26 Question de M. Koen Bultinck à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les honoraires des pharmaciens" (n° 11563)

26.01 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : La loi portant des dispositions diverses du 25 avril 2007 prévoit l'instauration d'honoraires pour les pharmaciens. La ministre a répondu le 4 mars 2008 à une des questions que je lui avais posées à ce sujet que le dossier avait été transmis à la Commission de conventions pharmaciens-organismes assureurs. Des groupes de travail ad hoc devaient être chargés de l'examen des définitions et des modalités d'exécution.

Où en est ce dossier ? Les modalités d'exécution ont-elles déjà été définies ? Il est grand temps, après deux ans, que les pharmaciens puissent abandonner le système des marges bénéficiaires sur la base duquel leurs revenus sont actuellement calculés.

26.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en néerlandais*) : La Commission de conventions entre les pharmaciens et les organismes assureurs a officiellement approuvé, le 20 février 2009, la structure des prix des médicaments autorisés remboursables, avec des honoraires spécifiques. Ces honoraires auront trait à la délivrance d'un médicament moins cher en cas de prescription d'un principe actif et au médicament soumis à l'autorisation d'un médecin conseil.

Une rétribution annuelle forfaitaire est également prévue pour la communication d'informations sur l'utilisation correcte des médicaments. La valeur de ces honoraires et marges a été calculée et approuvée par la Commission de conventions. Les montants définitifs seront fixés au cours des discussions budgétaires pour 2010. L'INAMI prépare actuellement les adaptations réglementaires qui seront nécessaires lors de l'entrée en vigueur du système au 1^{er} janvier 2010.

26.03 Koen Bultinck (Vlaams Belang) : La situation évolue dans le bon sens, mais plus lentement qu'espéré. Le nouveau système concernera-t-il uniquement les médicaments prescrits sur la base de la substance active et ceux relevant de l'avis d'un médecin ? Les nouvelles règles n'entreront manifestement en vigueur que le 1^{er} janvier 2010. Ne peut-on vraiment accélérer les choses ?

26.04 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Il est impossible d'aller plus vite, tant les modifications à apporter sont nombreuses.

L'incident est clos.

27 Question de Mme Yolande Avontroodt à la vice-première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la loi relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique" (n° 11651)

27.01 Yolande Avontroodt (Open Vld) : Le projet de loi relatif à l'utilisation de matériel corporel humain a été publié au *Moniteur* le 30 décembre 2008. Sur le terrain – et plus particulièrement dans les entreprises réunies au sein de Bio.be –, l'inquiétude règne à propos d'un certain nombre d'aspects de la loi, par exemple en ce qui concerne l'usage purement autologue.

A quel stade en est actuellement l'exécution de la loi ? Le Parlement aura-t-il la possibilité de débattre de certains aspects de la loi, en plus des arrêtés d'exécution ?

27.02 Laurette Onkelinx, ministre (*en français*) : Nous devons œuvrer rapidement, car une procédure a été lancée par l'Europe. Mes services ont rédigé cinq projets d'arrêtés royaux destinés à être transposés en droit belge et en directives. Ces projets vont être présentés en fin de semaine aux organes consultatifs compétents.

Parallèlement, je suis prête à transmettre l'information sur ces arrêtés aux parlementaires spécifiquement intéressés.

La **présidente** : On pourrait désigner une personne par groupe.

L'incident est clos.

La réunion publique de commission est levée à 18 h 34.