

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 10 MAART 2009

Namiddag

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

du

MARDI 10 MARS 2009

Après-midi

Le développement des questions et interpellations commence à 15.02 heures. La réunion est présidée par Mme Muriel Gerkens.

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

Koen Bultinck (Vlaams Belang): Mevrouw de voorzitter, ik heb een praktische vraag. Er staan zeer veel vragen geagendeerd. Kan mevrouw de minister eventueel zeggen hoe lang zij ter beschikking is van het Parlement, zodanig dat wij onze agenda voor deze namiddag zelf een beetje kunnen regelen?

Laurette Onkelinx, ministre: Jusqu'à quelle heure la commission veut-elle travailler?

La **présidente**: Je peux travailler jusque 19.00 heures.

Laurette Onkelinx, ministre: Pourrait-on évaluer la situation?

La **présidente**: Beaucoup d'orateurs ont demandé de reporter leur question.

Laurette Onkelinx, ministre: Pourrait-on faire le point à 17.00 heures?

La **présidente**: Il faudra voir où nous en serons. Comme beaucoup d'orateurs ont reporté leur question, je vais calculer ce que cela représente pour le programme. Chers collègues, je vous engage à respecter les temps de parole. Cela permettra de poser un plus grand nombre de questions.

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

01.01 **Xavier Baeselen** (MR): Madame la présidente, je m'en tiens toujours à mon temps de parole!

Madame la ministre, nous sommes en commission de la Santé mais c'est plutôt en votre qualité de responsable de l'accord Beliris que je vous interpelle. La question que j'ai déposée il y a quelque temps concerne le plan de relance du gouvernement fédéral et l'accord Beliris. Notamment dans le cadre de ce plan de relance, il avait été question d'une accélération d'un certain nombre de grands travaux. Pour avoir lu certaines de vos interviews en la matière, notamment à Bruxelles, je sais, madame la ministre, que vous êtes particulièrement attentive à la politique des grands travaux. Il avait été envisagé avec le gouvernement qu'il y ait une accélération d'un certain nombre de politiques de grands travaux à travers Beliris. Sont notamment cités le Bozar, le boulevard Léopold III, la station Arts-Loi.

Madame la ministre, des moyens financiers nouveaux ont-ils été dégagés ou sont-ils dégagés par rapport à ce qui avait été annoncé pour 2009? Si oui, à combien s'élèvent ces moyens complémentaires? Pourriez-

vous me fournir un tableau reprenant ces différents montants? Quels sont très précisément les dossiers concernés par ce "coup d'accélérateur" annoncé? Ces décisions sont-elles définitives et ont-elles fait l'objet d'une concertation officielle et définitive notamment avec la Région de Bruxelles-Capitale? Ces choix remettent-ils en cause certains dossiers repris dans l'avenant n° 10 de l'accord Beliris pour 2009?

On ne parle malheureusement plus de la construction éventuelle d'un nouveau stade à Bruxelles, chantier qui serait pourtant bien utile pour la capitale et le plan de relance des grands travaux. Les montants prévus pour l'étude à cet effet ont-ils été engagés et utilisés?

01.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, cher collègue, en effet, c'est dès le mois de décembre 2008 que le gouvernement fédéral a décidé de consacrer des moyens supplémentaires à l'accélération d'un certain nombre d'investissements en infrastructure.

En ce qui concerne Beliris plus particulièrement, il s'agit d'augmenter la capacité d'engagement en 2009. Plus précisément encore, nous avons acté une augmentation consentie par le gouvernement de 70 millions d'euros des crédits d'engagement par rapport au budget initial 2009, ainsi qu'une augmentation de 20 millions d'euros de crédits d'ordonnancement.

Cette augmentation des crédits permettra d'engager plus rapidement diverses initiatives déjà programmées tant dans cet avenant, c'est-à-dire le n° 10 qui couvre les années 2008, 2009 et 2010, que dans les avenants précédents de Beliris.

Après concertation avec la Région bruxelloise, dans le cadre du Comité de coopération, nous finalisons un accord qui devrait, entre autres, comprendre l'accélération des travaux du boulevard Léopold III (pour 32,5 millions d'euros au lieu de 15 millions), de la station de métro Arts-Loi (plus 5,2 millions d'euros), du Palais des Beaux-Arts (plus 5 millions d'euros), du stade du Crossing ou encore de la Petite Ceinture Ouest. Aucun dossier n'est évidemment remis en cause puisque ce sont tous des dossiers prévus par des avenants précédents ou l'avenant actuel qui sont mis en œuvre. Le plan de relance n'en ajoute ni n'en retranche aucun; il les accélère.

En ce qui concerne votre question plus particulière sur le stade, comme vous le savez, les crédits de 2,5 millions d'euros prévus en 2008 sous la ligne "Stade: construction ou rénovation", ont été affectés à la demande conjointe des autorités de la Ville de Bruxelles et de la Région bruxelloise au financement de travaux de réfection de la piste d'athlétisme et de la pelouse du Stade Roi Baudouin.

Par ailleurs, en 2010, un crédit de 5 millions est alloué pour cette ligne "Stade: construction ou rénovation". Nous sommes en attente d'un programme de la part de la Région bruxelloise.

01.03 Xavier Baeselen (MR): Je remercie la ministre de sa réponse détaillée. Je suis rassuré sur le fait que l'ensemble des lignes prévues dans l'avenant n° 10 sont confortées et qu'il s'agit ici d'une augmentation des montants engagés et qui peuvent être payés.

Pour le stade, j'ai déjà eu l'occasion d'interroger le premier ministre. Je continue de regretter que la Région de Bruxelles-Capitale n'ait pas encore pris de décision quant à la construction éventuelle d'un nouveau stade. Or il faudra y penser – ou du moins choisir entre le Heysel et la construction d'un nouveau stade – si l'on veut organiser la future coupe en Belgique.

La **présidente**: Il sera conçu au Standard! On vous invitera.

01.04 Laurette Onkelinx, ministre: À Sclessin!

Je viens d'apprendre que, le 25 avril, un colloque de la Commission de planification se tiendra – comme tous les deux ans. Le programme me sera transmis.

La **présidente**: Donc, monsieur Baeselen, arrêtez de vous tracasser pour Bruxelles!

Nous verrons comment intégrer les données du cadastre dans la suite de nos travaux.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, deze vraag werd ongeveer een maand geleden ingediend en ik ben u dankbaar dat ik ze nog mag stellen.

Deze vraag werd ingediend naar aanleiding van de resolutie inzake vroegtijdige diagnose, en dus ook vroegtijdige behandeling, aangenomen door het Europees Parlement op 20 november 2008. Zowel het Europees Parlement als de Europese Raad en de Europese Commissie vragen om een strategie vast te leggen. Ons land is wat dat betreft voorloper geweest en staat zeker aan de top wat behandelingen betreft. Hebt u reeds de opdracht gegeven om deze voorstellen van strategie uit te werken?

Uiteraard moeten we ons in ons land vooral richten op de meest kwetsbare groepen die een groter risico lopen. De raad en de commissie moeten voorlichting geven over de voordelen. Dat wil zeggen dat een informatiecampagne zou moeten worden opgestart ten aanzien van doelgroepen en verstrekkers. Voorlichting en educatie is alweer een bevoegdheid van de Gewesten en de Gemeenschappen. Ook dit zou op de conferentie moeten worden voorgelegd.

Naast voorlichting en educatie, betreft een tweede luik het verhinderen van discriminatie van hiv-aidspatiënten. Dit situeert zich vaak op verzekeringstechnisch vlak of op het medicolegaal aspect.

Welke strategie zou ons land en u voorstellen om de vroegtijdige diagnose en behandeling effectief te maken? Zou u samen met ons land een coördinatie opzetten voor de vroegtijdige screening en op welke manier?

Het volgende is iets waarvan ik mij zelf niet bewust was. Bestaat er een vorm van registratie van de stadia waarin hiv werd ontdekt, dus een vroege diagnose of reeds in een verder geëvolueerde ziekte-toestand? Bestaan er gegevens over de prevalentie van de dragers? Indien ja, op welke manier kan die registratie worden verbeterd?

Ten derde, welke maatregelen neemt ons land om ervoor te zorgen dat deze patiënten niet het slachtoffer worden van discriminatie, vooral op het vlak van het vrij verkeer van goederen en diensten, tewerkstelling en medicolegaal.

Ten vierde, uiteraard is er de delicate vraag of de illegalen en asielzoekers die in ons land verblijven en al dan niet geïnfecteerd zijn, toegang krijgen tot de psychologische opvolging en medicatie? Ik weet dat er al verschillende interventies ter zake zijn geweest. Mijn zorg gaat over deze twee thema's, de psychologische opvolging en de medicatie.

De vijfde vraag is een specifieke vraag over reconstructieve heelkunde en de esthetische therapieën. Het is duidelijk dat lipodystrofie en atrofie neveneffecten van de behandeling zijn. Deze neveneffecten zijn heel invaliderend en stigmatiserend voor hiv-patiënten. Men herkent die bij wijze van spreken op straat. Dat is een element om ze snel te behandelen.

Ten zesde, zult u dit thema meenemen tijdens ons Europees voorzitterschap in 2010?

02.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, (...) (*geen micro*)

Ten tweede, het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid heeft voor België gegevens beschikbaar over het stadium waarin een hiv-infectie wordt ontdekt. Deze tonen aan dat de laatstijdig vastgestelde infecties met het hiv-virus de laatste tien jaar is gedaald van 47% in 1997 naar 29% in 2007 voor niet-Belgen, en van 34% naar 22% voor Belgen. De cijfers voor niet-Belgen moeten echter omzichtig worden geïnterpreteerd daar het hier gaat om een eerste positieve test in België en niet om het tijdstip van diagnose.

In 2007 werden er in België 9.351 patiënten met hiv medisch opgevolgd. Dat is een verhoging van 9% in

vergelijking met 2006. Voor meer informatie in dit verband verwijs ik u graag naar de jaarlijkse rapporten op de website van de afdeling Epidemiologie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.

Troisièmement, pour ce qui concerne les discriminations, il existe une loi qui les combat. Je le sais d'autant plus que je l'avais proposée en son temps, alors que j'étais ministre de l'Égalité des chances. Je vous le dis parce que, pour obtenir des détails, il faut interroger le Centre pour l'égalité des chances qui doit certainement détenir des données statistiques sur le type de plaintes dont il a été saisi les dernières années, surtout en rapport avec des problèmes de santé.

Pour ce qui concerne mes services, aucune différence de traitement n'a été pratiquée 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.

Ten vijfde, inmiddels werden firma's die producten hebben die gebruikt kunnen worden voor de behandeling van lipoatrofie, gestimuleerd om een aanvraag tot terugbetaling in te dienen. Dat bestaat nog niet.

Ten zesde, er is nog geen uitsluitsel over de precieze agendapunten voor het Belgisch voorzitterschap. Recent werd een werkgroep opgericht binnen de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid om de uiteenlopende initiatieven in de strijd tegen de pandemie van hiv/aids in België te stroomlijnen en op elkaar af te stemmen.

02.03 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de minister, ik zal deze vragen herhalen ten aanzien van uw beide collega's.

U zegt dat er een positieve evolutie in de stadia is. Er worden dus minder patiënten ontdekt in een later stadium, wat uiteraard een positieve evolutie is.

Rond het uitwerken van een echte strategie, zoals het Europees Parlement in de resolutie heeft gevraagd, denk ik dat de opdracht gegeven kan worden om de strategie van België uit te werken, samen met de minister van Werk en Gelijke Kansen en de minister van Migratie en Asielbeleid. Dit kadert allemaal in de strategie inzake hiv en de vroegtijdige diagnose en screening.

Mijn vraag aan u blijft of u vanuit uw departement de lead zal nemen om de strategie op te starten inzake een beleid van vroegtijdige diagnose en eventueel screening en vroegtijdige therapie.

02.04 Minister Laurette Onkelinx: (...)

Het is aan de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid om een echte strategie uit te werken.

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

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

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): Mevrouw de minister, uit een studie van het Federaal Kenniscentrum blijkt dat audiciens vaak te dure hoorapparaten verkopen en op die manier het aandeel van de patiënt soms onnodig opdrijven, want het RIZIV werkt met een vaste tussenkomst. Volgens de studie bieden de dure en meer gesofisticeerde apparaten eigenlijk geen duidelijke voordelen. Het zou vooral te maken hebben met het feit dat audiciens een percentage krijgen van de verkoopprijs. Daarom doet de studie de aanbeveling om te werken met een honorarium of een salaris in plaats van een percentage op de verkoopprijs.

Mevrouw de minister, steunt u die aanbeveling uit de studie van het Kenniscentrum? Overweegt u initiatieven in die richting? Wordt er momenteel soms al in die richting gewerkt?

03.02 Minister **Laurette Onkelinx**: De stelling uit de studie dat dure, gesofisticeerde hoorapparaten geen duidelijke voordelen bieden voor de patiënten, moet enigszins genuanceerd worden. Over het algemeen beoordelen de patiënten de complexere hoorapparaten wel als subjectief beter dan minder complexe hoorapparaten. De studie toont wel aan dat er actueel geen evidence based onderzoek bestaat dat de voordelen van duurdere hoorapparaten objectiveert.

Op 30 juni 2008 heeft de overeenkomstencommissie Audiciens-Verzekeringsinstellingen bij het RIZIV een nieuwe nationale overeenkomst gesloten om in een betere terugbetaling van hoorapparaten te voorzien. De nieuwe overeenkomst werd gesloten voor acht maanden, tot en met 31 maart 2009. De commissie evalueert momenteel de nieuwe maatregel.

Ik wens net zoals de overeenkomstencommissie in ieder geval tot meer prijstransparantie op de Belgische markt te komen en wil dat de patiënt beter geïnformeerd wordt over het bestaan van volledig terugbetaalde hoorapparaten. Uit een eerste preliminaire analyse van de supplementen die patiënten uit eigen zak betaalden tijdens de afgelopen vijf maanden, blijkt dat bijna de helft van de patiënten jonger dan 18 jaar geen enkel supplement betaalden. Bij de volwassenen betaalt ongeveer 30% geen supplement. Ik zal er dan ook over waken dat de voorstellen van de overeenkomstencommissie om de doelstellingen te bereiken, een onmiskenbare verbetering inhouden voor de patiënt.

03.03 **Lieve Van Daele** (CD&V): Mevrouw de minister, dank u voor uw duidelijk antwoord en voor de bekommernis die erachter zit. U zegt dat bij de volwassenen 30% geen eigen tussenkomst betaalt. Met name ook voor die groeiende groep van ouderen, die steeds meer een beroep doet op hoorapparaten, is de betaalbaarheid een bekommernis. Ik weet dat u ook bekommerd bent om de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Het belang van horen kan nauwelijks overschat worden.

Het blijkt ook een zeer grote invloed te hebben op het psychisch welbevinden van mensen. Horen en erbij horen is heel belangrijk. Ik vind het een belangrijke bekommernis en ik ben blij dat een en ander wordt opgevolgd en geëvalueerd. Hopelijk worden blijvende maatregelen genomen met het oog op de betaalbaarheid.

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

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 **Vraag van de heer Georges Dallemagne aan de vice-eerste minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van de griepiepidemie" (nr. 11153)**

04.01 **Georges Dallemagne** (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je voulais faire avec vous le bilan de l'épidémie de grippe qui a touché le pays en janvier dernier et qui a semblé particulièrement sévère. Vous pourrez nous confirmer si tel était le cas. Nous en avons en tout cas beaucoup parlé et nous avons tous connu dans notre entourage des personnes touchées par cette épidémie.

Je me rends bien compte que, parmi les questions que je vous ai posées, certaines sont plutôt de la compétence des Communautés. Toutefois, j'ai compris que vous aviez la tutelle et la coordination sur le commissariat interministériel Influenza et qu'à ce titre, vous pourriez certainement répondre à une partie des questions. Je dois aussi avouer qu'il était difficile de les "saucissonner". Par ailleurs, nous verrons bien quelles questions devront être reposées.

Madame la ministre, combien de personnes ont-elles été touchées par cette épidémie? Quels ont été les groupes d'âge les plus touchés? S'agit-il des enfants, des personnes âgées ou de personnes plus vulnérables? Quelles ont été les complications? Disposez-vous déjà de chiffres de mortalité pour les groupes vulnérables (personnes âgées ou malades chroniques)? Cette question est peut-être un peu prématurée, même si certains pays parviennent déjà à avoir les chiffres de mortalité.

Quelle a été la couverture vaccinale des groupes à risque (personnel de santé, personnes âgées, communautés telles que les maisons de repos et de soins, malades chroniques, etc.)? En fonction de cette couverture vaccinale, on sait si l'efficacité du vaccin est plus importante. Quelle a été finalement l'efficacité de cette vaccination?

Quel a été l'impact de la campagne intitulée "Cinq conseils pour éviter la propagation de la grippe" lancée sur l'initiative du commissariat interministériel Influenza?

Une telle épidémie a évidemment un impact économique. A-t-on une idée du nombre de journées perdues en raison de congés maladie dans les écoles et dans les lieux de travail?

Y a-t-il eu un accroissement de consommation d'antibiotiques dont on sait qu'ils sont encore parfois utilisés bien qu'ils soient inefficaces pour lutter contre la grippe?

Enfin, de manière plus générale, quelles leçons tirez-vous pour l'année prochaine en termes de vaccination, de conseils aux médecins et à la population?

04.02 Laurette Onkelinx, ministre: Je tiens à signaler que l'épidémie de grippe qui a commencé durant la deuxième semaine de 2009 est seulement en voie de se terminer. C'est pourquoi les réponses que je vais apporter devront être considérées comme partielles. Aussi devrais-je signaler que la surveillance, la prévention et le contrôle des maladies, comme vous l'avez dit vous-même, sont des compétences communautaires. Pour l'influenza, ces activités sont coordonnées au sein du commissariat interministériel Influenza.

Combien de personnes ont-elles été touchées au début du mois de mars 2009? Le suivi des syndromes grippaux par un réseau de 150 médecins vigies a permis les constatations suivantes. L'Institut de Santé publique estime qu'entre la semaine 2 et la semaine 9, environ 4,4% de la population ont consulté un médecin généraliste pour une telle infection. Pendant une saison grippale normale, on s'attend à des taux de consultation situés entre 5 et 15%. On peut donc considérer, bien que les chiffres ne soient pas encore complets, que cette saison restera dans la moyenne. Les enfants, jusqu'à 14 ans, semblent les plus touchés, tandis que les personnes âgées de 65 ans et plus paraissent les moins touchées par l'épidémie. Ceci pourrait être un effet de la vaccination. Mais d'autres hypothèses pourraient également expliquer ce phénomène, comme l'isolement social plus important qui expliquerait une plus faible exposition au virus.

L'Institut de Santé publique assure le suivi statistique de la mortalité par tranche d'âge en général. Ce nouveau système ne permet pas d'analyser les causes de décès. Ce sont les entités fédérées qui s'occupent du suivi en ce domaine. Je ne suis donc pas en mesure de vous donner le nombre de décès liés à la grippe.

L'excès de mortalité globale 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. Les chiffres doivent être interprétés avec prudence, puisque dans chaque changement dans le modèle statistique, on donne des résultats différents en chiffres absolus.

L'excès de mortalité constaté en janvier 2009 provient sûrement 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, de la semaine 1 à la semaine 5, 1.571 décès excédentaires ont été rapportés. Les personnes âgées de 85 ans et plus sont les plus touchées. Un excès de 598 décès a été comptabilisé pendant les deux premières semaines de février. Il est cependant trop tôt, là aussi, pour établir le bilan de la mortalité pour l'ensemble du mois de février. Je pourrais évidemment déposer auprès de la commission un rapport plus détaillé lorsque j'en aurai un.

Ensuite, selon les données des années antérieures, 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, mais je n'en dispose pas.

En matière d'efficacité de la vaccination, les virus de l'influenza qui ont circulé en Belgique et en Europe occidentale durant cet hiver correspondaient aux souches virales contenues dans le vaccin. L'adéquation était parfaite. Cependant, 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. L'Institut participe à un groupe de

réflexion européen qui poursuit le développement de tels protocoles.

La campagne "Cinq conseils pour éviter la propagation de la grippe" a été lancée à la mi-janvier 2009, durant le pic épidémique. Le but de cette campagne est de faire prendre conscience aux citoyens adultes et enfants que les mesures d'hygiène de base sont les meilleurs moyens de protection pour éviter de propager une épidémie grippale. Différentes instances ont montré leur intérêt pour cette campagne: plusieurs communes, hôpitaux et maisons médicales ont demandé et demandent encore de leur livrer des affiches supplémentaires. Cette campagne a été coordonnée par le commissariat interministériel Influenza.

Pour ce qui concerne le nombre de journées de travail ou d'école perdues, les données ne sont pas encore disponibles. Nous sommes toujours en période d'activité grippale et de haute incidence d'affections respiratoires.

Enfin, nous parlerons avec les Communautés de vaccination, de prévention et de prise en charge. Comme le contrôle et la prévention restent des compétences communautaires, cela n'aurait pas de sens que je fasse cavalier seul.

04.03 Georges Dallemagne (cdH): Madame la ministre, je vous remercie. Vous m'avez donné une réponse plus complète que celle que j'espérais étant donné la fragmentation des compétences.

Il est vrai que 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. En effet, il me semble important de bien connaître ces phénomènes de santé publique, dont on oublie parfois qu'ils tuent beaucoup de monde et que l'hiver continue à tuer, entre autres par la grippe.

C'est pourquoi il serait intéressant de mieux connaître la composition et les causes exactes de ce chiffre de 1.571 décès durant les cinq premières semaines de l'année 2009. Il s'agit bien d'une surmortalité. Il est important de pouvoir la combattre.

Pour le reste, je comprends qu'il reste des chiffres incomplets. Cette épidémie semble plutôt avoir été dans la moyenne basse des épidémies en matière d'incidence, mais il faudra voir ce que cela a entraîné comme incidence finale.

Une dernière remarque: cette campagne a été excellente et il serait utile de la renforcer quant à sa lisibilité l'année prochaine. La première des mesures reste toujours d'éviter la contamination. Des mesures très simples peuvent se montrer efficaces en ce domaine.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 11161 de M. Daniel Bacquelaine est reportée, de même que la question n° 11191 de Mme Marie-Martine Schyns.

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

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het gaat over de eersteleeftijds melken, meestal in poedervorm, voor de pasgeborenen, tot de leeftijd waarop zij op een zogenaamde vervolgmelk gaan.

In het voedingsplan, krachtlijn 4a, wordt in artikel 34 bepaald dat de rechtstreekse aflevering aan de consument van zuigelingenvoeding voor de eerste levensmaanden enkel zal worden toegestaan via officina-apothekers. De motivering luidt dat de aflevering van deze producten op elk moment van de dag kan worden gewaarborgd en dat de ouders kunnen worden bijgestaan door onafhankelijk deskundig advies.

Blijkbaar staat die actie nu ter discussie. Het advies van de Hoge Gezondheidsraad werd ingewonnen. Ook

de Hoge Gezondheidsraad is voorstander van de verkoop van de eersteleefijds melken voor baby's door apotheken. Eerder al had de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde en de Belgische vereniging van de sector voor kinder- en dieetvoeding voor die optie gekozen.

Mevrouw de minister, ik heb daarbij de volgende vraag.

Wat is de stand van zaken van de uitvoering van richtlijn 4a, actie 34, met name de exclusieve verkoop van de eersteleefijds melken door apotheken?

05.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw De Block, sinds de lancering van het nationaal voedings- en gezondheidsplan was de uitvoering van actie 34 het voorwerp van talrijke debatten tussen de verschillende experts.

Na onderzoek van het dossier kan ik u zeggen dat ik geen voorstander ben van de exclusieve verkoop van eersteleefijdszuigelingenvoeding in de apotheek. Ik ben dus voor het behoud van de huidige situatie, die de vrije verkoop van zuigelingenvoeding toelaat, zowel in apotheken als in supermarkten, wat trouwens de prijsconcurrentie bevordert zonder daarvoor afbreuk te doen op het vlak van de kwaliteit.

Daarbij is er rekening gehouden met het feit dat de samenstelling van zuigelingenvoeding strikt gereguleerd is door de richtlijn 2006/141 van de Commissie van december 2006 inzake volledige zuigelingenvoeding en opvolgzuigelingenvoeding, en tot wijziging van richtlijn 1999/21.

Het is evident dat alle zuigelingenvoeding die beschikbaar is op de Belgische en Europese markt moet voldoen aan de voorwaarden die voorzien zijn in de richtlijn. Die richtlijn voorziet bovendien geen specifiek distributiekanaal, met uitzondering, uiteraard, van de zuigelingenbereidingen met medische doelstellingen, die uitsluitend in apotheken mogen worden verkocht.

05.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik onthoud dat u tegen het advies van de Hoge Gezondheidsraad ingaat en ook tegen het advies van de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde en de Belgische Vereniging van de Sector voor Kinder- en Dieetvoeding.

De kwaliteit is natuurlijk een zaak. De prijs is een andere zaak. Als wij met alle soorten babyvoeding die nu bestaan geen deskundig advies kunnen inwinnen of een vraag kunnen stellen bij de aankoop ervan, dan houdt dat werkelijk gevaren in voor de gezondheid van de baby's. Ik ben verbaasd dat u als minister van Volksgezondheid zo een afwijkende mening ter zake vertoont.

05.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: (*Intervention hors micro*)

Certains aliments qui peuvent être assimilés à des médicaments pour les enfants ne peuvent être délivrés qu'en pharmacie. En ce qui concerne l'alimentation générale (Blédine), la situation actuelle est maintenue.

La **présidente**: La question se pose ici aussi de l'élargissement de la gamme des produits en pharmacie. Le pharmacien offre-t-il des garanties que n'offrent pas les autres types de magasin? Ce n'est pas si évident.

05.05 **Laurette Onkelinx**, ministre: Dans un sens ou dans un autre.

La **présidente**: Tout à fait. C'est un sujet sur lequel nous reviendrons, parce que les choses évoluent tellement vite en la matière.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

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

06.01 **Jean-Luc Crucke** (MR): Madame la présidente, madame la ministre, je ne connaissais pas non plus ce syndrome. J'ai été mis au courant par le biais d'un grand-père dont le petit-fils souffre du syndrome

d'hyper-IgM qui est une maladie orpheline génétique qui s'attaque aux enfants dès leur naissance. Ce syndrome a la particularité de ne s'attaquer qu'aux enfants de sexe masculin et se caractérise par l'absence totale de défenses naturelles, le retard mental, l'hyperactivité et des allergies multiples.

Comme pour d'autres maladies de ce type, des recherches sont en cours. On sait que la recherche évolue mais, malheureusement, au jour où je vous parle, il n'y a pas encore de remède qui apporte une guérison définitive à ces enfants. Madame la ministre, je tenais à faire avec vous le point sur ce syndrome.

Comment les enfants atteints de cette maladie sont-ils soignés? Les frais médicaux et pharmaceutiques sont-ils totalement pris en charge par la sécurité sociale?

Combien d'enfants sont-ils atteints de cette maladie dans notre pays?

Les causes de la maladie ont-elles pu être identifiées? Ce serait déjà une première étape. Après avoir pu les identifier, on a l'espoir de pouvoir trouver le remède. Je sais que ce fonds des maladies rares, auquel notre collègue Avontroodt siège au conseil d'administration, existe.

Madame la ministre, étant donné que l'inquiétude provient toujours de la maladie qui vous touche le plus près, je souhaiterais avoir la réponse la plus précise possible de votre part.

06.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, monsieur Crucke, il y a deux types de syndromes d'hyperimmunoglobuline: le syndrome hyperimmunoglobuline M lié au chromosome X et le syndrome d'hyperimmunoglobuline M autosomale récessive. À peu près 30% des cas sont des mutations nouvelles et ne sont donc pas transmises.

En ce qui concerne les remèdes, les possibilités thérapeutiques sont les suivantes: l'administration d'immunoglobuline pendant toute la vie, mais également la transplantation de moelle osseuse chez tous les garçons atteints du syndrome d'hyperimmunoglobuline M lié au chromosome X.

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

Pour certaines thérapies coûteuses comme les immunoglobulines plasmatiques et polyvalentes, 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. En l'occurrence, les immunoglobulines plasmatiques et polyvalentes sont remboursables s'il est démontré qu'elles sont utilisées dans l'une des situations suivantes: syndrome d'immunodéficience primaire, comme la gammaglobulinémie ou l'hypogammaglobulinémie congénitale ou acquise, dont la teneur totale en IgG, IgG2 et IgG3 est la suivante: chez les adultes: taux d'IgG inférieur à 7,50 g/l; taux d'IgG2 inférieur à 1,50 g/l et taux d'IgG3 inférieur à 0,20 g/l; chez les enfants: valeur inférieure à la norme du laboratoire en tenant compte d'une population de contrôle appariée à l'âge.

Cette hypogammaglobulinémie doit avoir eu pour conséquence la survenue d'infections récurrentes graves ou d'infections bactériennes chroniques documentées et ayant nécessité une antibiothérapie ciblée et appropriée.

Le remboursement est refusé si la déficience en IgG, IgG2 et IgG3 est due à un traitement chronique avec des corticostéroïdes, par exemple, comme dans la bronchopneumopathie chronique obstructive ou le résultat d'une perte intestinale ou par les urines.

La nomenclature des prestations de santé est modifiée régulièrement en fonction des techniques médicales et des moyens budgétaires mis à la disposition des assurances. Le système du maximum à facturer protège les patients qui nécessitent des soins de santé de façon intensive en limitant le montant de leur intervention personnelle à un plafond déterminé par année et en fonction de leurs revenus. Vous savez, par ailleurs, que nous sommes en train d'améliorer le système pour les malades chroniques.

Selon le portail des maladies rares et des médicaments orphelins (Orphanet), 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 avec un taux bas des immunoglobulines G et A et une concentration élevée des immunoglobulines N. La réponse immunitaire humorale est basse ou absente. Comme le syndrome est lié au chromosome X, seuls les garçons en sont atteints.

Le syndrome d'hyperimmunoglobuline M autosomal récessif est très rare. Il touche aussi bien les garçons que les filles. Les signes cliniques sont variables, même au sein d'une même famille. La moitié des garçons sont atteints avant l'âge d'un an et 90% avant l'âge de quatre ans.

Les manifestations cliniques comprennent des infections respiratoires récurrentes hautes et basses, des infections opportunistes et des diarrhées avec une croissance faible de l'enfant. L'anémie, la leucopénie et la thrombopénie sont habituelles. Des troubles auto-immunitaires sont possibles. Quinze pour-cent des enfants présenteront des méningites. Une cirrhose et des tumeurs malignes du foie ou du pancréas constituent les complications les plus graves survenant au cours de l'adolescence.

Le diagnostic repose sur l'analyse clinique et sur les anomalies biologiques.

Pour le syndrome d'hyperimmunoglobuline M lié au chromosome X, un test spécifique et fiable existe. Avec le test génétique, il est possible de poser le diagnostic avec certitude et d'identifier les porteurs des gènes qui ont subi une mutation dans les familles. Le test sert également comme test de diagnostic prénatal.

06.03 **Jean-Luc Crucke** (MR): Je remercie la ministre pour sa réponse.

On se rend compte que le traitement est lourd. Je ne veux pas du tout individualiser ma réponse. Donc si j'ai un renseignement selon lequel des difficultés de remboursement se posent, je me permettrais de faire le relais et de transférer le dossier au cabinet.

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

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

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, een analyse van de ziekenhuisfacturen van de leden van de socialistische mutualiteiten over de periode 2005-2007 bracht nogmaals het probleem van de hoge supplementen in ziekenhuizen onder de aandacht. In sommige ziekenhuizen – de bedragen zijn bijna hallucinant – rekenen artsen ereloonsupplementen aan die tot vijf keer het wettelijk tarief bedragen.

Ik weet, mevrouw de minister, dat deze problematiek u na aan het hart ligt. Bij de bespreking van de beleidsnota in november en begin december heeft u gezegd daar maatregelen voor te nemen en met name ook een betere bescherming voor chronisch zieken uit te werken. Daar zou 2 miljoen euro in voorzien zijn ter compensatie van de daaruit voortvloeiende daling voor de ziekenhuisbudgetten.

U heeft toen verklaard dat u in deze zittingsperiode de supplementen voor gemeenschappelijke en dubbele kamers wilde afschaffen, maar ook dat dit voor chronisch zieken in de loop van 2009 al zou worden afgeschaft. Vandaar mijn vraag. 2009 is ondertussen al even aan de gang.

Worden er inderdaad stappen gezet om dat dit jaar nog te realiseren? Zo ja, wanneer mogen wij daar maatregelen rond verwachten?

07.02 **Minister Laurette Onkelinx**: Collega's, de overeenkomst geneesheren – ziekenfondsen voorziet dat er betreffende de beperking van de honorariasupplementen in de ziekenhuizen overleg moet zijn in de schoot van de Overeenkomstencommissie geneesheren-ziekenfondsen. Op 10 december laatstleden heb ik daarom aan de voorzitter van de commissie geneesheren-ziekenfondsen, de heer De Cock, een concreet voorstel gevraagd voor een betere bescherming van de chronische zieken tegen de kamer- en honorariasupplementen in een gemeenschappelijke kamer of in een kamer met twee bedden.

Tegelijkertijd moet een ad-hocwerkgroep die opgericht werd door het RIZIV mij voorstellen overhandigen over de afbakening van de doelgroep die een statuut als chronisch zieke zou krijgen. Wat de opdracht van de commissie geneesheren-ziekenfondsen betreft, heeft de dienst gezondheidszorg van het RIZIV mij recentelijk gevraagd om een tripartiete werkgroep samengesteld uit artsen, verzekeringsorganisaties en de beleidscel Sociale Zaken en Volksgezondheid samen te roepen om de opmaak van het voorstel dat verwacht wordt te vergemakkelijken.

Cette réunion a lieu dans ces moments-ci puisqu'elle a été convoquée; on voulait qu'elle se déroule début mars pour ne pas perdre plus de temps.

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

La perspective est les semaines qui viennent. Je devrais disposer d'un dossier fin prêt sur la protection des malades chroniques contre les suppléments hospitaliers, j'espère pour la fin avril voire mai

Ma volonté est alors de prendre très rapidement les dispositions légales et réglementaires nécessaires à leur mise en œuvre que j'espère réaliser à l'automne prochain.

07.03 Lieve Van Daele (CD&V): Mevrouw de minister, u sprak over de nationale commissie Artsen-Ziekenfondsen, waar die discussie gevoerd wordt. De ziekenhuizen zelf zijn al lang vragende partij om ook bij dat overleg betrokken te worden, omdat ook voor hen de betaalbaarheid van de facturen die zij zenden, heel belangrijk is. Ik weet niet of er in de toekomst mogelijkheden zijn om ook die belangrijke partner bij het overleg te betrekken?

07.04 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik zal de boodschap doorsturen naar de betrokkenen.

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

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

08.01 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, ma question concerne l'accord atteint à propos de la mise en application d'un nouveau système de complément salarial - avantage en nature -, intitulé éco-chèques. J'ai lu quelques documents sur la façon dont le choix de ce système a été élaboré. Mes listes datent de début février et je ne sais pas si elles sont encore valables.

- Pouvez-vous nous préciser comment ces éco-chèques vont fonctionner concrètement?
- Comment les vendeurs pourront-ils et devront-ils distinguer en magasin les produits payables avec l'éco-chèque?
- Comment les clients seront-ils informés sur ces produits?
- Disposez-vous d'une liste exhaustive et définitive de ces produits? Pouvez-vous nous la fournir?

La liste que j'ai pu examiner et qui provient du Conseil national du Travail comprend des produits qui, selon moi, ne correspondent pas à des achats quotidiens.

Cette liste inclut-elle des produits labellisés bio? Dans la négative, pourquoi n'y a-t-il pas de produits bio, alimentaires ou non?

Cela me paraissait être l'occasion de promouvoir les produits bio avec une garantie de fonctionnement car ce label est reconnu et est facilement identifiable par les vendeurs et les consommateurs. D'après moi, cela correspond plus à des achats de type quotidien que des chèques destinés à l'achat de citernes d'eau de

pluie!

Ce choix est-il définitif ou est-il encore possible d'ajouter les produits bio dans la liste des produits payables avec l'éco-chèque?

08.02 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur le président, je dois rappeler à Mme Snoy que ce système a été imaginé par les partenaires sociaux dans le cadre de l'accord interprofessionnel.

(...): (...)

08.03 Laurette Onkelinx, ministre: Je n'ai jamais entendu cela: si vous entendez cette déclaration, vous me la transmettez.

Le système a été réalisé dans le cadre de l'accord interprofessionnel. Ce sont les partenaires sociaux qui ont décidé de cette liste; nous la leur avons d'ailleurs réclamée à plusieurs reprises.

Vous avez dit avoir visité le site du Conseil national du Travail; vous avez donc vu les 6 catégories d'objectifs différents: économie d'énergie, économie d'eau, promotion de la mobilité durable, gestion des déchets, promotion de l'écoconception et promotion de l'attention pour la nature. C'est dans ce cadre que les partenaires sociaux ont décidé d'une liste de biens.

Comment la feront-ils connaître? Ils la feront savoir aux travailleurs en concluant des conventions collectives et autour de ces conventions collectives, puisqu'il s'agit d'une augmentation du pouvoir d'achat des travailleurs dans le cadre de l'accord interprofessionnel. Ainsi, ils concluront une convention collective et, dans ce cadre, ils donneront l'information pour l'ensemble des produits négociables par un écochèque. Par ailleurs, les commerçants devront se référer à la liste du Conseil national du Travail quand les écochèques leur seront présentés.

Nous, nous n'avons participé que comme exécutants.

08.04 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Dans la mesure où je trouve que le moment présent est l'occasion ou jamais de relancer une consommation de type plus écologique, via une aide à l'isolation, une diminution de la consommation d'énergie, une économie des ressources et à des conseils de meilleure alimentation, le pouvoir politique a la légitimité, voire le devoir, de vérifier que ces écochèques correspondent à des produits labellisés comme tels.

Ici, on utilise le label européen, mais pour une petite partie des produits. Par exemple, des produits d'isolation ne sont pas spécifiés: comment saura-t-on si la laine de verre ou les isolants à base de particules de bois ou de papier sont plus écologiques et répondent aux critères de l'éco-chèque? Pour moi, vu que le système est cautionné par vous et le gouvernement, les produits concernés devraient être garantis comme particulièrement écologiques.

Vous ne m'avez pas dit pourquoi il n'avait jamais été question d'y inclure des produits bio?

08.05 Laurette Onkelinx, ministre: Nous n'avons pas participé à la confection de cette liste. Si les partenaires sociaux avaient décidé en accord interprofessionnel de faire des chèques pour acheter des jouets pour enfants au lieu d'éco-chèques, c'eût été pareil. Il n'y a pas de label officiel de l'État. Vous avez raison de dire qu'il faudrait peut-être soutenir, dans le cadre d'un plan de relance, une consommation durable et responsable. Nous prendrions alors nos responsabilités sur des produits faisant l'objet d'un contrôle. Mais ce sont les partenaires sociaux qui ont décrit les produits pour lesquels pourront être utilisés les éco-chèques sur lesquels ils ont négocié. Nous n'avons pas été partie prenante au processus.

08.06 Thérèse Snoy et d'Oppuers (Ecolo-Groen!): Il y a quand même eu une décision gouvernementale à ce sujet.

08.07 Laurette Onkelinx, ministre: Nous avons accepté cet accord interprofessionnel dans son intégralité sans toucher à la moindre virgule!

08.08 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 cette idée.

Les métallos liégeois me demandent comment il est possible de les embêter avec ces écochèques pour l'instant, alors qu'ils ont surtout besoin d'argent pour acheter ce dont ils ont besoin et qu'ils consomment d'habitude. Ils se plaignent de ces politiques qui veulent conditionner des chèques à certains types d'achat!

08.09 **Laurette Onkelinx**, ministre: Quand ils me le disent, je leur réponds que je comprends parfaitement leurs remarques et je les renvoie à leurs organisations syndicales.

La **présidente**: C'est aussi ce que j'ai fait, mais ce sont les responsables syndicaux qui le disent aussi. Nous sommes tous là pour leur rafraîchir la mémoire et pour leur dire que, s'ils veulent changer la situation, ils sont à la manœuvre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

09.01 **Zoé Genot** (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, notre Parlement a adopté le 25 avril 2007 une proposition de loi relative à la transsexualité. Cette proposition ne nous a pas satisfaits sous tous ses aspects mais elle marquait clairement la volonté du législateur de faciliter et soutenir les personnes souhaitant changer de sexe.

Un citoyen souhaitant obtenir le remboursement d'un traitement hormonal masculinisant a pourtant rencontré plusieurs difficultés. Il a envoyé au médecin conseil de sa mutuelle l'attestation d'un psychiatre et la lettre de son généraliste lui prescrivant un traitement hormonal virilisant, le Sustanon. Le médecin conseil a rejeté la demande arguant que la loi ne prévoit que le remboursement de l'Androcur (féminisant et œstrogène) dans la démarche de changement de sexe, et uniquement lorsque celle-ci est prescrite par un endocrinologue. La loi ne prévoirait donc rien pour le Sustanon. Il est assez original de dire à quelqu'un qui veut un traitement virilisant qu'il existe des traitements féminisants!

Madame la ministre, je pense qu'il faudrait clarifier les choses. Quels traitements hormonaux virilisants et féminisants autorisés à la prescription sont-ils remboursés pour les demandes de ce type? 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: Madame la présidente, le Sustanon est la seule spécialité contenant de la testostérone pour laquelle un remboursement est autorisé. Ce médicament a comme indication enregistrée: traitement supplétif de la testostérone chez les patients masculins atteints de troubles dus à un hypofonctionnement des gonades et également ostéoporose chez l'homme due à un déficit en androgènes.

Son remboursement est autorisé dans les conditions suivantes: la spécialité ne fait l'objet d'un remboursement que si elle est utilisée dans le traitement d'une insuffisance gonadique primaire ou secondaire avérée chez un patient masculin.

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

L'Androcur est un antiandrogène. Ses indications officielles sont:

- chez l'homme: affaiblissement des pulsions sexuelles modifiées de façon pathologique et traitement antiandrogène du cancer avancé ou inopérable de la prostate;
- chez la femme: phénomène d'hyperandrogénie grave telles que l'hirsutisme très grave, l'alopécie androgénique grave souvent accompagnée de formes graves d'acné et/ou de séborrhées.

En conclusion, il n'y pas de traitement hormonal masculinisant remboursable pour les patients dans les conditions que vous avez mentionnées. Les spécialités à base de testostérone mais dérivées ne possèdent pas l'indication de transsexualisme.

Il appartient aux firmes qui commercialisent ces spécialités (Organon, Bayer, Ipsen, Besins, etc.) de fournir de plus amples explications sur ce manque d'indications et d'éventuellement demander le remboursement à la Commission de remboursement des médicaments sur la base d'études cliniques probantes.

Madame Genot, j'ai ici toute une série de renseignements complémentaires mais je ne vais pas continuer à les lire car il s'agit d'indications médicales, de prix de médicaments, etc. Je vous les transmets directement.

09.03 Zoé Genot (Ecolo-Groen!): Madame la ministre, je vais lire tous ces documents que vous me transmettez.

Je vous réinterrogerai si nécessaire car il est important que le traitement des personnes qui désirent changer de sexe soit accessible. On sait qu'il n'est pas facile de vivre avec ce changement de sexe. On connaît les risques de suicides liés à cette situation. Notre devoir est de tout faire pour leur faciliter la vie.

La **présidente**: Je vais transmettre ce document à tous les membres pour qu'ils disposent de l'information.

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

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

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, pharma.be maakte bekend dat vorig jaar in ons land 270 miljoen dosissen slaap- en kalmeerpillen werden genomen. Daarmee behoren wij tot de trieste koplopers in Europa, samen met Frankrijk en Italië.

Het gebruik van slaapmiddelen houdt een aantal risico's in. Er is niet alleen een kans op overdosis, maar ze hebben ook een verslavende werking die vermoeidheid en sufheid in de hand werken. Het vermoeden bestaat dat veel patiënten ook zonder medicatie kunnen worden geholpen.

Zelf gaf u aan bijzonder verontrust te zijn over dit hoge verbruik. In de pers was te lezen dat u twee professoren de opdracht hebt gegeven om te onderzoeken waarom Belgen zulke pillenslikkers zijn. Tevens verklaarde u dat u in het voorjaar een campagne zult starten om het misbruik in te perken.

Mevrouw de minister, kunt u een stand van zaken geven in verband met de opdracht van de beide professoren? Welke professoren zullen het onderzoek uitvoeren? Gaat het om een literatuurstudie of interviews? Zal de aandacht op de gebruikers worden gericht of worden ook het voorschrijfgedrag van artsen en de marketingstrategie van de farmaceutische industrie in de studie opgenomen?

Wat de campagne om misbruik in te perken betreft, ik denk dat preventie een bevoegdheid van de Gewesten is. Gebeurt de campagne in overleg met de Vlaamse minister van Welzijn? Is er daarover reeds overleg geweest? Zijn er concrete plannen?

10.02 Minister Laurette Onkelinx: Mevrouw de voorzitter, de studie over de psychomedicatie werd toevertrouwd aan de professoren Deboutte, kinderpsychiater, en Malotaux, neuropsychiater en professor in de farmacologie. Zij hebben een eerste stand van zaken opgesteld in verband met het gebruik van alle psychomedicatie, op basis van de meest recente cijfergegevens die het RIZIV hen ter beschikking stelde.

Op basis van deze becijferde vaststellingen, van de ruim beschikbare literatuur en van hun praktijkervaring formuleerden zij een reeks denkpijlen. Deze pijlen worden thans geanalyseerd en informeel besproken met de betrokken actoren, onder meer de wetenschappelijke verenigingen van huisartsengeneeskunde. De concrete voorstellen zouden daarna het voorwerp kunnen zijn van meer formeel overleg met de actoren.

Inzake uw suggestie ben ik uiteraard niet gekant tegen het principe van een preventiecampagne die in overleg met de Gemeenschappen zou gebeuren. De sensibiliseringscampagnes over het gebruik van slaap- en kalmeermiddelen – ook in 2009 zal er door de federale regering een dergelijke campagne worden gevoerd – hebben in het verleden inderdaad hun efficiëntie aangetoond. Indien er in die zin een vraag is of indien dit het voorwerp zou zijn van een aanbeveling in het kader van de lopende studie, zal dit onderwerp besproken kunnen worden in het kader van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, waarin alle bij de volksgezondheid betrokken ministers samenkomen.

10.03 Lieve Van Daele (CD&V): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Komt er van het onderzoek van de beide professoren ook een schriftelijke studie? Wordt er daarvan iets gepubliceerd?

10.04 Minister Laurette Onkelinx: Het zal een schriftelijk verslag zijn. Ik zal een afschrift van het rapport aan de commissie bezorgen.

10.05 Lieve Van Daele (CD&V): Mevrouw de minister, wij zullen het verslag met veel interesse lezen.

Ik denk bijvoorbeeld ook aan psychiatrische instellingen die een verslavingsunit hebben.

Er gaat heel terecht heel veel aandacht naar verslaving aan alcohol en drugs. Verslaving aan slaap- en kalmeermiddelen wordt echter zwaar onderschat. De drempel om met het nemen van voornoemde middelen te starten, is bovendien laag.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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): Mevrouw de voorzitter, mijn vraag is misschien een appetizer voor uw komende werkzaamheden over de verpleegkundigen.

Mevrouw de minister, de personeelsdiensten van ziekenhuizen en rustoorden in Vlaanderen, Brussel en Wallonië hebben heel wat openstaande vacatures voor verpleegkundigen die ze zeer moeilijk ingevuld krijgen. Die vaststelling staat in schril contrast met overheden die de neiging vertonen om de erkenningsnormen voor het aantal verpleegkundigen op te trekken, terwijl die eigenlijk niet meer te vinden zijn. Men heeft al een aantal maatregelen genomen. Zo zijn er maatregelen genomen die verpleegkundigen moeten toelaten langer te blijven werken, zoals extra verlofdagen voor vijftigplussers. Waar mogelijk, wordt er een beroep gedaan op buitenlandse verpleegkundigen. De invoering van de zorgkundige heeft er ook voor gezorgd dat een aantal niet-medische taken niet langer moet worden uitgevoerd door de verpleegkundigen.

De human resourcesdiensten van de ziekenhuizen gaan nu nog verder. In de praktijk gaan ze het beroep van verpleegkundige steeds meer differentiëren. Een aantal taken die verpleegkundigen deden, wordt toevertrouwd aan anderen opdat de verpleegkundigen zich in de toekomst kunnen toespitsen op hun eigenlijke taak, mensen verplegen. Zo worden administratieve taken toevertrouwd aan anderen. Men neemt ook geen research nurses meer aan, maar men rekruteert voor die opdracht mensen met een biomedisch profiel, die trouwens beter zijn opgeleid om statistische analyses uit te voeren. Een aantal taken, zoals het desinfecteren van kamers of van instrumenten, wordt toevertrouwd aan goed opgeleide sanitaire medewerkers. Ook in operatiekwartieren worden polyvalente krachten ingezet om taken zoals schoonmaken, opruimen en de hulp bij het vullen van de zalen over te nemen van de verpleegkundigen.

De regelgeving dwingt verpleegkundigen vaak in puur administratieve taken. Als groot voorbeeld kan worden

gekeken naar de registratie-evolutie van de minimale verpleegkundige gegevens. Gezien de specificiteit van deze opdrachten, kan die taak niet worden toevertrouwd aan niet-verpleegkundigen. Recent cijfermateriaal toont aan dat in België momenteel ongeveer 900 fulltime equivalenten verpleegkundigen in ziekenhuizen uitsluitend bezig zijn met de registratie van de minimale verpleegkundige gegevens.

Dat alles bewijst dat men op de werkvloer verder staat dan de regelgever beseft. Men beseft dat het tekort aan verpleegkundigen ook moet leiden tot een striktere invulling van de opdracht van de verpleegkundige met verpleegkundige taken. Op die manier kan men tegemoetkomen aan de noden in het beroep, en ook aan het probleem van de burn-out van de mensen die zich nog op de werkvloer bevinden.

Ik zou graag een antwoord krijgen op de volgende vragen.

Wordt in de administratie en op kabinetsniveau nagedacht over een andere invulling van de opdracht van de verpleegkundige, met name een opdracht die veel nauwer aansluit bij de verpleegkundige opleiding en daaraan verbonden het delegeren van opdrachten aan anderen? Zo ja, in welk stadium zit men? Zoniet, is het dan niet wenselijk daarover een debat aan te gaan met de ziekenhuizen en de beroepsgroepen van de verpleegkundigen?

11.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame De Block, je partage entièrement votre souci. Les compétences des infirmières sont indispensables pour notre système de santé. Leur rareté sur le marché du travail impose d'organiser les services en sorte de les affecter en priorité, voire exclusivement sur les activités qui requièrent ces compétences.

Plusieurs mesures figurant dans le plan d'attractivité pour la profession infirmière que j'ai commencé à mettre en œuvre vont d'ailleurs dans ce sens et poursuivent cet objectif. Avant d'y répondre, je voudrais apporter quelques précisions par rapport à certains éléments soulevés en appui de la question posée.

Certains hôpitaux ont en effet récemment communiqué via la presse quelles mesures ils avaient adoptées pour concentrer les infirmiers sur les activités qui relèvent de leurs fonctions et compétences. En en prenant connaissance, j'ai été surprise, car certaines tâches présentées comme confiées encore récemment à des infirmiers auraient pu et dû être affectées à d'autres personnes. Certaines institutions n'ont pas encore considéré cette réaffectation des activités comme une priorité. Je déplore vivement que des infirmiers soient encore chargés par leurs employeurs de certaines tâches, alors que ceci ne peut que nuire à la qualité des soins et alors que toutes les études belges et internationales indiquent que c'est une des causes principales de la désaffectation des infirmiers pour l'exercice de leur métier.

Pour ce qui est des 900 équivalents temps plein infirmiers qui seraient affectés aux enregistrements des données infirmières du résumé hospitalier minimum, je me dois de corriger ces chiffres et cette information. Une importante fédération hospitalière flamande a, en effet, effectué une enquête interne portant sur l'ensemble des enquêtes, enregistrements, documents, auxquels les hôpitaux doivent répondre à l'intention des diverses autorités. 38% des demandes émanent des autorités flamandes! Mon administration travaille activement à la simplification maximale des obligations imparties aux hôpitaux. Une concertation entre les entités fédérées devrait pouvoir améliorer le partage d'informations et alléger les demandes faites aux institutions de soins.

L'enquête précitée a sélectionné un enregistrement: le résumé hospitalier minimum. Celui-ci comporte plusieurs volets, entre autres le résumé clinique minimum, les données médicales, le DIRHM, les données infirmières utilisées notamment à des fins de financement. Les 800 équivalents temps plein annoncés dans la presse, et non 900, sont le résultat d'une extrapolation à toute la Belgique. Mais il ne s'agit pas d'infirmiers. Ces enregistrements sont effectués par des médecins, des infirmiers et des administratifs. Une partie de ces tâches exige des connaissances médicales ou infirmières. Elles ne peuvent, dès lors, pas être déléguées.

Les données infirmières constituent un instrument permettant de mettre en évidence le profil des patients hospitalisés d'un point de vue infirmier et les soins dont ces patients ont bénéficié. Cet enregistrement est le fruit d'une importante recherche scientifique menée en collaboration avec de nombreux infirmiers actifs sur le terrain des soins. Les données récoltées vont permettre diverses exploitations tant sur le plan fédéral que pour un groupe d'hôpitaux ou localement dans chaque institution.

De eerste toepassing is geprogrammeerd in het raam van een studie die uitgevoerd wordt door de FOD

Volksgezondheid in overeenstemming met het plan voor de attractiviteit van het verpleegkundig beroep op basis van een eerste studie, die uitgevoerd werd door het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, waarvan de aanbevelingen aanzetten om de analyses diepgaander te bestuderen en te verruimen.

Het is de bedoeling om de verpleegkundige profielen van patiënten te bepalen evenals de verpleegkundige en verzorgende competenties die nodig zijn om hen op te vangen. Een ander aspect van deze studie bestaat uit het doen van voorstellen betreffende de aanpassing van de financiering van de ziekenhuizen met betrekking tot de verpleegkundigen en zorgkundigen.

Andere studies zullen volgen teneinde de beleidsbeslissingen te baseren op de behoeftegegevens.

Bepaalde ziekenhuizen zijn nu reeds begonnen met het gebruiken van deze gegevens in hun intern beheer. Dit proces zal toenemen.

Verder herinner ik eraan dat er een bedrag van 16,3 miljoen euro voorzien werd sedert juli 2008 in het budget van financiële middelen. Dat bedrag moet prioritair aangewend worden voor de informatisering van het verpleegkundig dossier. Deze informatisering zal de automatische extractie mogelijk moeten maken uit de MVG-gegevens zodat de verpleegkundigen hiervan volledig verlost zijn. De administratie zal een opvolging uitvoeren van deze toewijzing.

Ik herinner er ook aan dat mijn voorganger Rudy Demotte in 2006 de functie en de vereiste kennis herzien heeft van de zorgkundigen zodat de verpleegkundigen een groter gamma van de verzorgende taken aan hen kunnen delegeren.

Er zijn nog andere maatregelen nodig om de taken van de verpleegkundigen te verlichten, bijvoorbeeld het toevoegen van administratieve en logistieke krachten in de zorgeenheden. Hiervoor zullen echter bijkomende financiële middelen nodig zijn. Deze voorstellen vormen, net als de functiedifferentiaties, een belangrijk deel van het plan voor de attractiviteit van het verpleegkundig beroep.

Zoals u kunt vaststellen is het debat over de verdeling van de taken en de verantwoordelijkheden over de profielen en functiedifferentiaties bezig. Het zal verder gezet worden in overleg met de betrokken actoren.

11.03 Maggie De Block (Open Vld): Mevrouw de minister, ik kijk met veel ongeduld uit naar uw plan voor de attractiviteit van het verpleegkundig beroep.

Ik wil het elektronisch maken van de verwerking van de gegevens een beetje nuanceren. Het ontlasten van de verpleegkundigen en de informatisering verlopen op het terrein niet op die manier. De verpleegkundige moet namelijk elke code van elke patiënt intikken. Wij doen dat nu ook zo in ons rusthuis. Het is een werk van lange adem. Het zal over 10 jaar nog niet in alle ziekenhuizen ingevoerd zijn. De opvolging kan administratief gebeuren, door andere mensen. Daarmee ga ik wel akkoord. Dat zou een enorme stap vooruit zijn.

Het beroep is voor jonge mensen momenteel inderdaad ook weinig attractief. Zoals u zegt moet daar met uw plan verder aan gewerkt worden.

La **présidente**: Nous reviendrons régulièrement dans les semaines à venir sur le sujet des infirmières et de ce plan d'attractivité.

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

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

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het ministerieel besluit van 19 augustus 2008 bepaalt dat in alle medische diensten de functie van geneesheer-diensthooft moet worden waargenomen door een erkend geneesheer-specialist. Op het terrein zijn het apothekers en

scheikundigen, die na specialisatie ook gemachtigd kunnen worden verstrekkingen van klinische biologie aan te rekenen.

Sommigen willen naar verluidt die bepaling aanvechten bij de Raad van State opdat zij ook in aanmerking zouden komen voor de functie van diensthoofd. Het zou dan niet geneesheer-diensthoofd zijn maar diensthoofd van een klinisch laboratorium.

Mijn vraag aan u, mevrouw de minister, is ten eerste, of u weet of er effectief een dossier is ingediend bij de Raad van State, en ten tweede, welk standpunt u in deze verdedigt?

12.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, er werd inderdaad al een verzoekschrift ingediend bij de Raad van State tegen het voormelde besluit. Mijn diensten zijn door de griffie van de Raad van State op de hoogte gebracht van het verzoekschrift op 24 november 2008. De zaak is op dit ogenblik nog in een voorbereidende fase, te weten de uitwisseling van memories.

Ik wil erop wijzen dat het diensthoofdschap van medische diensten in ziekenhuizen wordt geregeld door de Ziekenhuiswet, meer bepaald door artikel 18 in de recentste coördinatie van deze wet. Het diensthoofdschap wordt dus niet geregeld door het ministerieel besluit van 19 augustus 2008 tot wijziging van het ministerieel besluit van 30 april 2008. Dat besluit regelt in principe de algemene criteria voor de erkenning van de geneesheren-specialisten, stagemeesters en stagediensten.

Artikel 6, 4 van het ministerieel besluit stelt dat in een ziekenhuis met stagediensten voor geneesheren-specialisten in opleiding, alle medische diensten geleid moeten worden door een geneesheer-diensthoofd.

Deze bepaling werd ingevoerd door het ministerieel besluit van 19 augustus 2008. Dit besluit werd genomen om tegemoet te komen aan het arrest 173.407 van de Raad van State waardoor de oorspronkelijke versie van artikel 6, 4, werd vernietigd.

Door deze bepaling komt de erkenning van stagediensten in ziekenhuizen waar het klinisch laboratorium door een apotheker wordt geleid, in het gedrang. Hiervoor moet dus een oplossing worden gevonden.

Ik kan melden dat ik daarom het initiatief heb genomen om de bepalingen in de ziekenhuiswet over het diensthoofdschap in de diensten te verduidelijken. Het is immers steeds de bedoeling van de wetgever geweest om tandartsen, apothekers en klinisch biologen die werkzaam zijn in het ziekenhuis hetzelfde statuut te geven als een ziekenhuisgeneesheer, alsook dezelfde mogelijkheden om deel te nemen aan de organisatie van het ziekenhuis.

Hierover werd reeds door mijn diensten informatief overleg gepleegd met de betrokken partijen.

Als deze verduidelijking van de ziekenhuiswet een feit is, kan men aansluitend daarop nagaan hoe de beschikkingen inzake de criteria voor erkenning als stagedienst kunnen worden aangepast zodat ze coherent zijn met de ziekenhuiswet.

12.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Volgens mij is het op het terrein niet zo eenvoudig. Er bestaat her en der onzekerheid en onduidelijkheid. De opleiding en de erkenning om opleidingen te mogen geven aan geneesheren-specialisten is duidelijk. Dat is echter een ander verhaal als dat van diensthoofd van een labo.

Ik zal uw antwoord goed bekijken, laten bekijken en nagaan op welke manier daarmee verder moet worden omgegaan. Ik zal daarover nu zelf geen uitspraken doen.

Ik kan alleen maar zeggen dat er heel wat ongerustheid op het terrein bestaat indien men dit zou wijzigen. Ik citeer even de mensen die dat hebben aangekaart. Zij zeggen dat het ministerieel besluit van 19 augustus 2008 een heel wijs besluit is. Mevrouw de minister, er zit dus wijsheid in het ministerieel besluit.

Ik moest proberen de collega's hier te overtuigen van de wijsheid van het ministerieel besluit en nu moet ik al proactief interfereren om te weten te komen of u dat ministerieel besluit al of niet zult behouden.

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

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

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): Patiënten die lijden aan de ziekte hemochromatose, hebben een teveel aan ijzer in hun lever en de enige behandeling daarvoor is viermaal per jaar naar gelang van de bloedwaarden een aderlating te laten doen van een halve liter om zo hun ijzergehalte of ferritine tot een normaal niveau te laten zakken. Zij moeten dat laten doen in de normale transfusiecentra.

Het Rode Kruis weigert het bloed. De reden daarvoor is dat de testen van het bloed hetzelfde resultaat geeft als testen van het bloed van donoren met geelzucht, ofschoon het bloed van de patiënt met hemochromatose volledig veilig is. De testen die het Rode Kruis hanteert, zijn gestegen levertesten en dat is bij die mensen ook het geval.

In het verleden was dat een normale procedure, omdat het Rode Kruis uiteraard niet het risico kan lopen dat er via bloeddonatie ziektes worden overgedragen. Vandaag zijn er echter betere testmethodes beschikbaar, waarbij wel degelijk het onderscheid kan worden gemaakt tussen het zeer veel ijzer bevattend bloed en bloed afkomstig van mensen met andere ziektes.

Het weggooien van het bloed is dus verspilling, zeker op momenten waarop men geconfronteerd wordt met een tekort aan bloed. De vraag is mij aangereikt door een patiënt die aan die aandoening lijdt. Vermits ik een paar patiënten heb met die zeldzame aandoening, vond ik het interessant om een vraag ter zake te stellen.

Graag vernam ik van de minister of er geen andere testmethode gebruikt kan worden om een onderscheid te maken tussen het veilige bloed van goede kwaliteit van die patiënten en patiënten van wie het bloed wel degelijk door afwijkende leverwaarden niet kan worden gebruikt en moet worden vernietigd?

13.02 **Minister Laurette Onkelinx:** Mevrouw De Block, de bloedinstellingen voeren steeds dezelfde reeks van laboratoriumonderzoeken uit voor elke donatie van bloed of bestanddelen van bloed. Bij hemochromatosepatiënten kunnen inderdaad geelzucht en gestoorde levertesten worden vastgesteld. Exclusiecriteria voor bloeddonatie zoals geelzucht, leveraandoeningen, levercirrose, diabetes en hepatocellulaire kanker komen vaker voor bij die patiënten.

Ik wil u er evenwel op wijzen dat de laboratoriumonderzoeken slechts een onderdeel zijn van de maatregelen in verband met de veiligheid van bloed.

Een van de hoekstenen van het veiligheidsbeleid is dat de bloeddonatie in elk geval altruïstisch dient te zijn. Ik verwijs in dat geval naar het advies van de Hoge Gezondheidsraad van 16 september 2004 in verband met hemochromatose.

De raad merkt op dat die patiënten bloed laten afnemen om therapeutische redenen. Er is dus geen sprake van een onbaatzuchtige bloeddonatie. De therapeutische aderlating gebeurt in de regel ambulantly in een ziekenhuis of bij de huisarts. De bloedafname in een bloedtransfusiecentrum is gratis. Er bestaat een gevaar van conflict tussen enerzijds, de therapeutische noodzaak van de bloedafname en anderzijds, het risico dat contra-indicaties worden verzwegen om de therapeutische akte kosteloos te bekomen in een bloedtransfusiecentrum.

Het verzwijgen van een contra-indicatie verhoogt het risico op kwaliteits- en veiligheidsproblemen. Zelfs met de meest gevoelige labotesten bestaat het probleem van de zogenaamde vensterperiode. Dat is de tijd die verloopt tussen een besmetting en het aantonen van de besmetting via labotesten. Tijdens die blinde periode kan het bloed besmettelijk zijn, terwijl dat nog niet kan worden aangetoond met labotesten.

De onbaatzuchtigheid van de bloeddonatie en een objectieve screening voor tegenaanwijzingen voor bloeddonatie zijn essentiële waarborgen voor de veiligheid van de bloedtransfusie.

13.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de minister, ik neem akte van het antwoord dat u werd verstrekt. Ik denk dat hier in de toekomst nog veel werk aan de winkel is.

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

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

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): Mevrouw de minister, ik heb het er vroeger al met u over gehad, en onlangs hebben we de thematiek in de commissie voor de Binnenlandse Zaken nog eens aangehaald.

Om een accurate beeldvorming van de criminaliteit in ziekenhuizen te krijgen moet de FOD Volksgezondheid in samenwerking met de FOD Binnenlandse Zaken een monitor uitbouwen, die op geregelde tijdstippen bij onze ziekenhuizen kan worden afgenomen. De daaruit voortkomende gegevens kunnen een belangrijke aanwijzing zijn om het beleid optimaal af te stemmen op de noden en de behoeften van de ziekenhuizen.

In het najaar van 2008 zou die monitor na een testfase worden gelanceerd. De FOD Volksgezondheid zou bovendien, samen met de FOD Binnenlandse Zaken, een website uitbouwen waarop ziekenhuizen criminele feiten kunnen melden, dat alles in het kader van de uitbouw van de integrale en vooral geïntegreerde aanpak van ziekenhuiscriminaliteit.

Kunt u wat meer informatie geven over de twee projecten? Wat is de stand van zaken bij de uitbouw van de monitor? Hoe verloopt de samenwerking met de ziekenhuizen? Zijn er al gegevens bekend in verband met bepaalde noden en behoeften? Hoe staat het met de uitbouw van de website?

14.02 **Minister Laurette Onkelinx**: De verdere uitbouw van een integrale en geïntegreerde aanpak van ziekenhuiscriminaliteit vereist eerst en vooral een duidelijk beeld van de omvang van het probleem. Daarom werd sinds 1 oktober 2008 van elk Belgisch ziekenhuis de monitor criminaliteit in ziekenhuizen afgenomen. Die op vrijwillige en anonieme basis gerealiseerde enquête peilde naar het aantal geregistreerde feiten met betrekking tot diefstal, vandalisme en agressie in 2007, in en rond de ziekenhuizen, en naar de maatregelen die de ziekenhuizen hieromtrent hebben genomen.

De ziekenhuizen hadden tot 15 november 2008 de tijd om de enquête in te vullen. Het is de bedoeling om de enquête tweejaarlijks te herhalen. De respons van de ziekenhuizen op de enquête was groot: 190 van 305 ziekenhuizen hebben een ingevulde vragenlijst teruggestuurd. De resultaten van de enquête worden momenteel onderzocht door de FOD Binnenlandse Zaken. Ik verwijs u dus naar mijn collega minister De Padt.

Het is belangrijk dat men van elk crimineel feit in en rond een ziekenhuis aangifte doet. Daarom zal ik, veeleer dan een website uit te bouwen waarop de ziekenhuizen criminele feiten kunnen melden, in samenwerking met mijn collega De Padt de ziekenhuizen blijven sensibiliseren om criminele feiten te signaleren. In navolging van de campagne "Geef diefstal geen kans", wordt een preventie- en sensibiliseringscampagne over agressie in ziekenhuiskringen gelanceerd, gericht naar zowel het management, als het personeel, als de bezoekers. In die campagne wordt onder meer aandacht besteed aan het melden van incidenten van agressie.

De campagne werd gelanceerd tijdens een tweede informatievergadering voor de leden van het federaal netwerk veiligheid en criminaliteitpreventie in de ziekenhuizen, die op 5 maart 2009 heeft plaatsgevonden.

Zowel de campagne als de monitor past in een geheel plan in verband met de bestrijding van criminaliteit in ziekenhuizen. Er werden met name verschillende maatregelen genomen zoals het creëren en uitbouwen van een netwerk veiligheid en criminaliteitpreventie in ziekenhuizen. Er werd een nieuwsbrief gelanceerd met tips voor meer veiligheid in ziekenhuizen; een sensibiliseringscampagne inzake agressie in ziekenhuizen werd gelanceerd; de monitor criminaliteit in ziekenhuizen werd tot stand gebracht en een studie werd verricht over

agressie in de psychiatrische ziekenhuizen. Sinds verleden jaar konden ziekenhuizen een beroep doen op stewards die door de overheid werden gefinancierd. Uit de studiedag van 5 maart is overigens gebleken dat nieuwe initiatieven zich opdringen voor het komende werkjaar, zoals het formuleren van aanbevelingen betreffende de toegang tot ziekenhuizen, de evaluatie van de werking van de stewards in de ziekenhuizen, het werken aan het profiel van veiligheidscoördinator, de uitbouw van provinciale netwerken veiligheid en criminaliteitspreventie in ziekenhuizen, de vorming van referentiepersonen in verband met agressie in ziekenhuizen en de rapportering van incidenten van agressie.

14.03 Michel Doomst (CD&V): Mevrouw de minister, dank u voor uw uitvoerig antwoord. Het is goed dat het tempo van initiatieven de hoogte ingaat, wanneer ik hoor wat er op stapel staat. De vergrijzing slaat immers toe. Met andere woorden, jammer genoeg zullen de ziekenhuizen de komende jaren alsmaar vaker een toevluchtsoord worden. Het is dus goed dat al die initiatieven er zijn.

Ik wou ook nog even vragen naar de website. Die wordt afgeblazen. Collega De Padt zegt dat zo'n website, ook op andere domeinen, wel een mogelijkheid is om heel snel bepaalde incidenten te signaleren. Wanneer ik het goed begrepen heb, wordt dat wat naar de achtergrond geduwd?

14.04 Laurette Onkelinx, ministre: Non, ce n'est pas repris. Cela n'empêche que l'on pourrait le faire!

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

15 **Samengevoegde vragen van**

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

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)

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

15.01 Yolande Avontroodt (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb mijn vraag enigszins aangepast, omdat er sedertdien effectief een initiatief werd genomen. Sedertdien werd er in het dossier ook vooruitgang geboekt.

Ik heb mijn vraag echter behouden, omdat de sector zich over de komende jaren zorgen maakt. Daarom heb ik een van de twee elementen uit mijn vraag geschrapt en heb ik slechts één vraag behouden. De behouden vraag heeft betrekking op de toekomst.

Ik geef heel kort de historiek.

De rust- en verzorgingstehuizen moeten in september de gegevens voor de berekening van het forfait mededelen. Op basis van deze gegevens zou het RIZIV dan tegen 1 januari – dus van september tot januari – het bedrag van het forfait moeten mededelen.

Op het terrein en in de praktijk rezen er veel problemen, zodat de rusthuizen niet wisten op welke manier zij hun dagprijs konden handhaven. Blijkbaar is historisch gezien de situatie tien jaar zo geweest, waardoor de rusthuizen tegen 1 januari niet wisten welk bedrag van het forfait zij voor de dagprijs in aanmerking konden nemen.

Blijkbaar wisten zij dat in 2009 zelfs nog niet in februari. De reden die werd opgegeven, was het functiecomplement van de hoofdverpleegkundige. Voornoemd functiecomplement was immers nog niet verrekend, omdat de wetgeving met vertraging werd goedgekeurd.

Ik heb u verteld welke weerslag de laattijdige mededeling van het forfait op de prijzenpolitiek heeft gehad. Mevrouw de minister, dat is een zaak die ons moet bekommeren, teneinde de mensen die in een rust- en verzorgingstehuis worden opgevangen of wonen, niet onnodig op kosten te jagen.

Mevrouw de minister, één deel van de vraag heb ik niet behouden. Het tweede deel heb ik wel behouden.

Hoe wilt u zich engageren om de deadline in januari 2010 wel degelijk te halen?

15.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, ik zou dit enigszins willen nuanceren, ook al is het juist dat het meedelen van de aanpassingen aan de instellingen soms laattijdig gebeurt.

Ik herinner eraan dat er momenteel geen wettelijke termijn bestaat waarbinnen het RIZIV de forfaits moet meedelen aan de rustoorden. Dat is een feit. Deze laattijdige mededeling komt voort uit de lange procedure die door de wet voorzien is voor het vastleggen van de forfaits in RVT. De wet van juli 1994 op de ziekteverzekering bepaalt inderdaad dat het verzekeringscomité voorstellen kan doen aan de minister van Sociale Zaken, die betrekking hebben op de forfaitaire tegemoetkoming in deze instellingen.

Concreet is het de overeenkomstencommissie waarin de organisaties van rustoorden zijn vertegenwoordigd, die deze voorstellen uitwerkt en voorlegt aan het verzekeringscomité. Deze voorstellen kunnen pas uitgewerkt worden indien er zekerheid bestaat over de budgetten en deze budgetten worden pas goedgekeurd in oktober van elk jaar door de algemene raad van het RIZIV. Daarna moeten deze besluitontwerpen voorgelegd worden aan de inspectie van Financiën, aan de minister van Begroting en aan de Raad van State. Die laatste etappes nemen soms veel tijd in beslag.

Rekening houdend met het statuut van elk voorstel kan dit al dan niet met terugwerkende kracht gebeuren. Als het bijvoorbeeld gaat om een verplichte bijkomende norm, dan kan dit nooit met terugwerkende kracht. Als het evenwel gaat om facultatieve normen, kan dit wel met terugwerkende kracht. Een facultatieve norm komt neer op een situatie waarbij er financiering is als het personeel er is. Indien er geen personeel is, gelden er dus ook geen sancties wegens van een tekort aan personeel.

Een andere situatie waarbij met terugwerkende kracht de forfaits worden aangepast, is omwille van de toepassing van de sociale akkoorden die werden gesloten in 2005. In functie van concrete situaties waarbij besluiten nog moeten worden gepubliceerd en die aanleiding geven tot een aanpassing van de forfaits met terugwerkende kracht, wacht de dienst van het RIZIV om deze forfaits toe te kennen, wetende dat de instellingen factureren per trimester. Met andere woorden, opdat de financiering van de rustoorden niet in het gedrang zou komen, dienen de forfaits van 1 januari 2009 uiterlijk op 31 maart 2009 meegedeeld te worden.

De aanpassing van het forfait vanaf 1 januari 2009 heeft te maken met het invoeren van het functiecomplement voor hoofdverpleegkundigen, met het verlengen van de maatregel voor de financiering voor dementen en met het voor de laatste keer toevoegen van de attractiviteitspremie in het forfait.

Ingaan op uw vraag om aan de instellingen een voorlopig forfait mee te delen, kan achteraf leiden tot conflicten met het RIZIV, indien zou blijken dat dit voorlopig forfait niet overeenstemt met het uiteindelijke resultaat. Dat is ook de reden waarom het RIZIV niet is ingegaan op dat verzoek.

Opdat instellingen hun eigen financiële situatie beter kunnen inschatten, bestaan er bij de meeste organisaties van instellingen simulatieprogramma's die reeds rekening houden met de besluiten, nog voor ze zijn gepubliceerd.

Tenzij er vanaf 1 januari 2010 opnieuw maatregelen van toepassing zijn, engageert het RIZIV zich ertoe om in de toekomst – en dat is het belangrijkste punt van mijn interventie – het forfait tijdig mee te delen aan de instellingen.

15.03 **Yolande Avontroodt** (Open Vld): Mevrouw de minister, u heeft de vraag positief beantwoord. Ik dacht niet dat ik gesproken heb van een voorlopige toewijzing – althans ik zie dat zo niet staan in mijn vraag

-, maar men heeft dat zo geïnterpreteerd. Ik neem alleszins de nuance mee die u in het antwoord aanbrengt en misschien is het nuttig om deze gegevens aan de sector over te maken, zodanig dat er wat meer wederzijds begrip kan zijn.

De hoofdvraag was of elk rustoord zijn dagprijs zou kunnen handhaven, wat belangrijk is ten aanzien van de bewoners, van de consumenten.

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

*Présidente: Marie-Claire Lambert.
Voorzitter: 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 Samengevoegde interpellatie en vraag van

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

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

16.01 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen!): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai interrogé en son temps le ministre Demotte et puis vous-même sur cette limitation du recours au tiers payant en dentisterie. Un arrêté royal devait être pris, ce qui a été fait le 23 février dernier. Je voulais vous interpellier sur cet arrêté et ses conséquences.

Mes questions seront de trois ordres: premièrement, des questions relatives à l'un des objectifs annoncés, celui de lutter contre les abus, et sur les outils de contrôle, des questions sur le rôle de la Dento-Mut dans ce dispositif en termes d'orientation budgétaire et en termes de contrôle et sur la motivation des choix opérés; enfin des questions portant sur des précisions des termes de l'arrêté.

Tout d'abord, au sujet des abus, depuis le temps qu'on discute de ce tiers payant en dentisterie, le vice-président de la société de médecine dentaire a pu dire parmi d'autres, en janvier 2008 dans "Le Soir", que des abus seraient dus à des "tiers-payantistes" qui attestent des soins non prestés. Je ne suis pas naïve, je sais qu'il y a eu des abus mais il me semble que les soins dentaires font partie de ces soins particulièrement remarquables et traçables. En outre, il existe des outils de contrôle comme la commission des profils et le service de contrôle médical. Le fait de limiter l'accès au tiers payant pour les soins de dentisterie pour lutter contre les abus fait naître en moi les interrogations suivantes.

Comment n'arrive-t-on pas à mieux tracer les soins, à mieux les repérer et mieux organiser le contrôle de ces soins et donc repérer les abus sans faire peser sur tous les dentistes le soupçon d'abus? Des études mettent-elles en évidence la nature des abus, comment ils sont pratiqués et pourquoi ils ne sont pas directement repérables?

J'ai essayé de me renseigner sur divers aspects du contrôle des abus. On me dit que des contrôles par radiographie pour certains soins ont été supprimés. On me dit par ailleurs qu'il existe la possibilité de prendre des photographies buccodentaires quand on pratique des soins, ce qui permet de déterminer ce qui a été fait et ce qui ne l'a pas été. Voici un autre élément qui n'est pas dans ma question écrite parce que je l'ai appris par la suite: le temps pour qu'un dentiste envoie sa prestation pour qu'elle soit payée est de deux ans. Ce qui veut dire qu'en cas de contrôle sur un soin donné où on interroge le patient sur les soins donnés, ceux-ci ne s'en souviennent plus. Ne peut-on raccourcir ce délai pour que les outils de contrôle soient plus performants?

Le fait qu'on n'arrive pas à lutter plus efficacement contre les abus me laisse perplexe. Je voudrais avoir des explications de votre part à ce sujet.

Toujours dans cette question des abus, j'essaie également de comprendre de quelle manière la Dento-Mut

s'implique, opère des choix et quelle est sa mission. Est-ce d'opérer des choix budgétaires en fonction desquels on établit des priorités de remboursement ou bien d'organiser et de superviser la lutte contre les abus?

Si l'on considère les textes, les positions et les options qui sont prises généralement sous l'intitulé "Pour lutter contre les abus", certains choix posés ne me semblent pas toujours cohérents par rapport à l'objectif d'apporter les meilleurs soins pour tous et, plus particulièrement, pour ceux qui en ont le plus besoin. 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 Dento-Mut pour rédiger et prendre des dispositions, alors que son rôle est d'élaborer le budget et d'arbitrer entre les différents besoins? On peut parfois se demander si c'est véritablement l'intérêt des patients qui guide ces soins-là. Pour en terminer avec ce chapitre, j'ai appris que le forfait capitaire dentaire était interdit. Pourquoi est-ce interdit en dentisterie? Ne serait-ce pas une solution qui pourrait être envisagée? Celle-ci est pourtant déjà utilisée dans d'autres secteurs (maisons médicales, etc.)

Quant aux termes de l'arrêté, au vu des formulations, de ce que j'ai pu lire et des explications que j'essaie d'obtenir pour comprendre les objectifs et la façon dont il est organisé, j'aurais voulu savoir si les futures conventions que la Dento-Mut compte prendre pour légiférer sur le tiers payant pourront se faire en dehors de toute suspicion d'abus? Pourrait-on se dire que la Dento-Mut ne se préoccupe pas de la lutte contre les abus mais qu'elle se base sur la poursuite de l'objectif d'apporter de meilleurs soins pour tous.

En outre, pour pouvoir prester en tiers payant, un dentiste doit être conventionné. Or, d'après ce que j'ai pu lire dans différents articles qui ne sont pas modifiés par les nouvelles dispositions, la convention interdit la pratique du tiers payant. Il devient dès lors difficile de s'y retrouver. Peut-on, oui ou non, pratiquer le tiers payant via les dispositions en cours?

Dans la convention Dento-Mut 2009-2010, il est précisé que les organismes assureurs rassemblent, de manière établie par la commission nationale, du matériel chiffré sur l'usage aberrant du tiers payant, tel que défini dans l'arrêté royal du 10 octobre 1986. J'ai essayé de me renseigner sur la signification de "l'usage aberrant du tiers payant". Selon mes indications, cela date de 1992 à la suite du travail d'un groupe paritaire. Selon eux, l'usage aberrant de la situation de détresse financière, c'est quand on se situe en dehors de la franchise sociale et en dehors des statuts OMNIO. Seuls les patients qui ont atteint le MAF pourraient prétendre au tiers payant pour la situation de détresse financière.

Il est demandé à ce groupe paritaire d'évaluer le système du tiers payant sur le plan de l'accessibilité des prestations, l'impact budgétaire, la simplification, etc. Vu cette définition de 2002, devons-nous nous attendre à ce que les travaux de ce groupe se concentrent 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, puisqu'il était dit que 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. Une réunion Dento-Mut devait avoir lieu le 17 février. Apparemment, aucun rapport n'en a été diffusé pour préciser cette clause. Il semblerait qu'il n'y ait toujours pas d'élément plus concret à ce sujet.

En outre, il est indiqué que les organismes assureurs transmettent les données à la commission nationale, qui détermine ensuite les dentistes individuels qui seront sélectionnés pour être contrôlés sur la base du respect de leur engagement relatif à la limitation du recours au tiers payant. L'accord porte-t-il sur la répartition 75/5% ou bien porte-t-il sur la vérification que l'acte signalé en tiers payant a bien été presté?

Par ailleurs, le recours au tiers payant ou le fait de considérer que le patient se trouve en situation de détresse financière ne sont pas déterminés par le dentiste, mais résultent du choix du patient. En principe, le prestataire ne peut pas s'y opposer. J'aurais donc voulu savoir ce qui permettait de légitimer le refus du dentiste, à partir du moment où des quotas lui sont imposés?

Enfin, dans l'arrêté royal du 9 février, il est imposé aux dentistes de joindre à l'attestation de détresse financière une déclaration sur l'honneur entièrement rédigée de la main du patient. Auparavant, il existait un dispositif suivant lequel si le patient était illettré, le dentiste pouvait remplir le document en précisant la situation. Cette disposition a-t-elle été abrogée? Que fait-on avec des personnes qui ne savent pas écrire ou

qui ne savent pas rédiger en français? Une solution a-t-elle été prévue à cet effet?

16.02 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, vous avez signé un arrêté royal le 9 février 2009, publié le 23 février 2009 au Moniteur belge, demandant aux patients de rédiger et signer eux-mêmes une déclaration de "situation individuelle occasionnelle de détresse" afin que leur dentiste l'annexe à l'attestation, afin de les faire bénéficier du tiers payant.

Cette demande visait sans nul doute à mieux couvrir les frais de dentisterie de ces personnes. Le souci est que nombre de praticiens soulignent un fort taux d'illettrisme chez leurs patients. Ils soulignent aussi que leur public féminin d'origine maghrébine de la première génération est le plus souvent dans l'incapacité de remplir ces documents. Ce sont pourtant ces publics qui sont les plus concernés par votre mesure positive.

Aussi, madame la ministre, comment pouvez-vous faire évoluer votre texte afin de permettre aux dentistes de faire bénéficier ce public du tiers payant?

Accepteriez-vous par exemple que ces personnes qui, en revanche, savent écrire en arabe, en cyrillique ou en anglais, remplissent le document dans leur langue d'origine?

Accepteriez-vous qu'un interprète, éventuellement un enfant du patient, remplisse le document en leur lieu et place?

16.03 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Gerkens, vous conviendrez que, même si votre question date du 27 février, vous avez une liste très impressionnante de demandes. Je l'ai transmise à l'INAMI. Quand j'aurai reçu leur rapport complet, je vous l'enverrai directement. Aujourd'hui, je vais vous répondre avec les éléments dont je dispose.

Tout d'abord, j'estime les soins dentaires extrêmement importants. Récemment, j'ai encore dit qu'à côté des dernières dispositions de la Dento-Mut d'application pour les enfants jusqu'à 18 ans (examen buccal annuel, sutures de plaies, détartrages), 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. Notre système de santé de la sécurité sociale belge est basé sur la qualité, l'accessibilité et le financement possible. Il y a beaucoup à dire sur les moyens de la sécurité sociale pour la santé. Le tiers payant peut être une bonne chose dans des cas très spécifiques et si on n'en abuse pas. Sinon le système ne sera plus tenable. L'abus du social tue le social.

L'arrêté modificatif paru au Moniteur belge du 23 février 2009, a été pris après de très nombreuses discussions menées au cours des dernières années. C'est le fruit d'une évolution de mois et d'années de discussions avec l'ensemble des acteurs concernés. À la demande de la commission nationale Dento-Mut, une large étude a été menée sur le sujet et a fait l'objet de discussions le 9 février 2004. Il s'agit bien d'un processus évolutif. Ce n'est pas l'étude du Limbourg que vous avez citée, mais une autre que nous allons transmettre au secrétariat de la commission.

Des représentants d'autres services de l'INAMI parmi lesquels le service d'évaluation et de contrôles médicaux ont pris part à cette concertation ayant débouché sur les adaptations que je viens de citer.

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

En ce qui concerne la commission de profils, je peux vous dire qu'elle n'exerce aucune compétence en matière de politique à mener sur d'éventuels abus par rapport au régime du tiers payant. La commission nationale Dento-Mut n'agit pas en dehors de ses compétences dans le cadre de l'application de la procédure contenue dans l'actuel accord national. En effet, la commission n'exerce ses missions légales que dans le but de constater si des engagements fixés conventionnellement ont bien été respectés. Ce rôle lui a été confié par le Roi, sachant qu'elle est la mieux placée au vu de sa compétence et de sa composition légale pour remplir cette mission.

S'agissant du fond, la volonté de tous les acteurs, et la mienne aussi, c'est de préserver le tiers payant en le contrôlant mieux. Ce n'est pas d'aller à l'encontre de l'utilisation du tiers payant. Une volonté d'en assurer la pérennité et de répondre à une demande unanime de tous les acteurs du secteur de lutter contre les abus. Depuis l'approbation de l'arrêté royal, je n'ai reçu que des appréciations positives à son sujet et je constate

que cet arrêté royal ne semble poser de problèmes qu'à une série de dentistes regroupés au sein d'une ASBL. J'en prends bonne note, je veux bien discuter avec eux. Il n'est évidemment pas dans mes habitudes de réglementer pour ou contre des groupes de praticiens, mais plutôt d'apporter des solutions raisonnées à des problèmes structurels.

Je ne referai pas un historique du dossier. Vous savez comme moi que le précédent accord Dento-Mut contenait déjà une clause prévoyant l'instauration d'un système de lutte contre les abus manifestes du tiers payant. Dès mon entrée en fonction, je me suis attachée à améliorer le projet d'arrêté royal qui avait été élaboré par la Dento-Mut et les services de l'INAMI. Ce projet 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.

Ainsi, outre le critère de volume de prestations attestées en tiers payant et dans le cadre de détresse financière, les négociations du nouvel accord Dento-Mut ont ajouté une condition de volume global de prestations. Cette dernière condition permet aux dentistes ayant un volume normal de prestations d'éviter d'être suspectés d'abuser du tiers payant et permet de cibler l'action de contrôle sur les prestataires attestant d'un volume de prestations supérieur à la moyenne et attestant un nombre important de ces prestations en tiers payant.

Il ne s'agit pas de condamner d'office ces prestataires, mais bien de voir si leur pratique attestée correspond à la réalité et si certaines prestations de tiers payant n'ont pas été portées en compte de l'assurance maladie. Dans ce contexte, les dentistes n'ayant rien à se reprocher ne subiront aucune sanction.

Comme vous le savez, cette disposition du nouvel accord est le fruit d'une demande conjointe des syndicats de dentistes et des organismes assureurs. Sans rentrer dans des considérations trop subjectives, je crois que vous conviendrez avec moi qu'il serait étrange de suspecter les mutuelles de défendre des positions allant à l'encontre des intérêts du patient et, dès lors, qu'il convient au minimum de les écouter lorsqu'elles prennent une position unanime sur les abus constatés en matière de tiers payant et qu'elles proposent des mesures permettant de les contrer. Il n'y a donc pas d'acharnement à l'encontre du tiers payant. Je l'ai dit et je le répète! J'ai constaté simplement que les abus suspectés pour un nombre assez restreint de cabinets dentaires risquaient de mettre en péril l'ensemble du système.

En effet, mutuelles et syndicats ne souhaitent pas poursuivre ce qui apparaissait à l'unanimité comme un jeu de dupes pour les dentistes travaillant, dans une écrasante majorité, de manière honnête et transparente. Des mesures de contrôle et de lutte contre les abus s'imposaient donc pour préserver non seulement le tiers payant mais aussi, de manière plus générale, l'ensemble de la sécurité tarifaire des patients.

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

J'en viens aux questions précises de M. Flahaux.

Je n'ai pas reçu les informations selon lesquelles nombre de praticiens soulignaient le fort taux d'illettrisme chez leurs patients. J'ai effectivement connaissance d'un mail qui a été envoyé à l'ensemble des parlementaires, qui souligne ce problème et que vous avez relayé dans votre question. Je souhaiterais quand même objectiver quelque peu la situation avant de commencer à remettre en cause le principe de cette déclaration.

Il n'y a, à ce stade, aucune autre possibilité permettant aux dentistes de vérifier l'état de détresse financière d'un patient. La déclaration sur l'honneur constitue la méthode la plus simple pour permettre aux patients dans le besoin d'avoir accès au tiers payant. 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.

Vous conviendrez avec moi qu'il est difficile pour un dentiste de juger de la détresse financière d'un patient sans disposer d'aucun élément probant et que la suppression de cette déclaration générerait de nombreux problèmes d'arbitraire et pourrait conduire à des abus en tout genre que nous cherchons justement à combattre, afin que le tiers payant bénéficie à ceux et celles qui en ont réellement besoin.

Comme je viens de le dire, je suis ouverte à toute proposition alternative mais il faut bien avouer qu'à ce jour, aucune proposition alternative ne m'a été formulée. Je suis également tout à fait 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!): Madame la ministre, je partage avec vous la préoccupation de ne pas dévier le mécanisme du tiers payant et tous les mécanismes qui favorisent l'accès aux soins de santé, 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, à propos desquels il subsiste, en principe, toujours une trace de chaque acte posé, ont été prestés ou non chez telle ou telle personne, ni pourquoi on ne parvient pas à utiliser ou développer mieux des outils qui permettent le contrôle.

La volonté d'y arriver étant absente, on établit des pourcentages de patientèle. Ainsi, chaque dentiste peut-il 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 de ne pas avoir d'outils qui fonctionnent! Par rapport à cela, cela fait peut-être partie des questions que vous avez renvoyées à l'INAMI. Quand je me rends chez le dentiste, il existe quantité de traces (radios, attestations, etc.) et il serait difficile de faire croire qu'on m'a arraché 50 fois la même dent!

Développons mieux les outils de contrôle de traçabilité des soins, de manière que cette peur des abus ou ce recours aux abus ne soient plus un critère censé initier des situations qui rendront difficile l'accès au tiers payant pour toute une partie de la population.

Le dentiste n'a pas la capacité, dites-vous, ce n'est pas son rôle, de vérifier la situation financière du patient, mais si on lui attribue un pourcentage de patients pauvres, auxquels il peut appliquer le tiers payant dans toute sa patientèle, une fois le quota atteint, que va-t-il faire? Une clause mentionne que, dans certaines situations, dans des quartiers de population pauvre, les quotas pourront être dépassés. Or, les prescrits ne sont pas clairement définis et de nouveau, la situation est contradictoire. Si la personne se trouve en situation de détresse, le dentiste ne peut refuser de 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. En effet, de plus en plus, les dentistes et les médecins sont confrontés à une population qui ne parle pas le français; leur demander d'écrire en français ou en néerlandais qu'ils ne sont pas en mesure de payer, qu'ils sont en situation de détresse financière me semble abusif, d'autant qu'avant, il existait une disposition qui permettait aux dentistes de le faire. Si cette disposition est abrogée, il faut la rétablir, car elle permet de répondre à ce problème.

Les déclarations des représentants des mutuelles indiquent que ces dispositions prévues dans l'arrêté et dans l'accord de la convention Dento-Mut 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, quel que soit le lieu et le public auquel ils s'adressent.

Mais cela fait aussi partie des incohérences de ce système.

Je suis d'accord avec vous: il faut un plan d'accès aux soins dentaires, un plan d'organisation de ces soins. En effet, au vu de certains actes qui sont à présent remboursés très chèrement alors qu'ils font partie d'une prestation de base, on peut se poser la question sur l'origine du choix; au vu des interventions identiques de la part de l'INAMI envers tous les dentistes, conventionnés ou non, il est vrai qu'on s'interroge quant à l'équité dans la livraison des soins et leur attestation.

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

16.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): J'ai bien aimé ce que disait tout à l'heure la ministre: la réforme est déjà extrêmement positive et le trop de "mauvais social" tue le vrai social.

Ici, il ne s'agissait nullement dans mon chef de mettre en cause le contenu de l'arrêté royal, mais d'obtenir une précision dans quelques domaines de sa mise en œuvre. Donc je partage l'opinion de Mme la ministre.

Il serait intéressant de voir là où se pose un problème grâce à des coups de sonde, par exemple. S'il s'avère que, pour certaines populations d'origine étrangère, il apparaît une difficulté, je ne doute pas que la ministre aura le souci d'y répondre éventuellement dans le sens de la proposition que j'émetts.

Motions **Moties**

La **présidente**: En conclusion de cette discussion les motions suivantes ont été déposées.
Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.

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 (cf. AR du 10 octobre 1986, article 6, 2°, alinéa 5).“

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 (cfr. KB van 10 oktober 1986, artikel 6, 2°, 5^e lid).“

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

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

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.
Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

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

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, het is weeral een tijdje geleden dat ik nog eens een vraag heb gesteld over de positieve lijst van reptielen en daarom had ik graag de stand van zaken gekend.

Vorig jaar was er een voorlopige lijst en de betrokkenen konden hun opmerkingen omtrent deze lijst

overmaken aan de dienst Dierenwelzijn en Cites. Op basis daarvan zou men een definitieve lijst opmaken. Vervolgens zou deze lijst in een KB worden gegoten en ter advies aan de Raad van State worden voorgelegd. Vandaar de volgende vragen.

Hoe ver staat het met de invoering van deze positieve lijst? Hebben de bevoegde diensten reeds een voorstel van definitieve lijst? Is het KB reeds klaar en voorgelegd aan de Raad van State? Zo ja, zou u mij een nieuwe positieve lijst kunnen bezorgen? Hoeveel opmerkingen hebben Cites en de dienst Dierenwelzijn binnengekregen? Op welke manier is er rekening gehouden met deze opmerkingen? Met andere woorden, op welke punten wijkt de ontwerplijst af van de nieuwe, definitieve lijst?

Vorig jaar antwoordde u dat de hobbyisten dieren die niet op de lijst voorkwamen, toch konden behouden en er zelfs mee zouden kunnen kweken voor eigen gebruik. Met eigen dieren kweken zou echter niet aan te raden zijn om reden van inteelt. Komt er een uitzondering voor uitwisseling tussen hobbyisten van de gekweekte dieren die niet op de verboden lijst voorkomen?

17.02 Minister **Laurette Onkelinx**: In antwoord op uw eerste twee vragen kan ik u meedelen dat als gevolg van raadplegingen met de sector, de dienst Dierenwelzijn en Cites 968 aanvragen kreeg om diersoorten toe te voegen aan het ontwerp van de lijst van reptielen die door iedereen zouden kunnen gehouden worden en 92 aanvragen om diersoorten die in hetzelfde ontwerp van lijst staan, eruit weg te halen.

U zult zeker begrijpen dat het onderzoeken van al deze aanvragen veel tijd in beslag neemt, waardoor er nog geen definitieve lijst kon worden opgemaakt en er nog geen ontwerp van KB voor advies aan de Raad van State werd voorgelegd.

Betreffende de modaliteiten om dieren te houden door privépersonen staat het principe volgens hetwelk ze de dieren kunnen houden die ze in hun bezit hadden voor de inwerkingtreding van de positieve lijst, evenals de nakomelingen van deze dieren, in de wet op het Dierenwelzijn.

Deze bepaling is een uitzondering op het algemeen verbod en werd ingevoerd om te vermijden dat er dieren moeten gedood worden als gevolg van de publicatie van voornoemde lijst. Er is in geen enkele bijkomende uitzondering voorzien voor het uitwisselen van kweekdieren die niet op de lijst staan. Een dergelijke uitzondering zou immers in tegenspraak zijn met het principe van de positieve lijst, die het houden verbiedt van diersoorten die niet op de lijst staan, tenzij de houder vooraf een erkenning kreeg.

17.03 **Flor Van Noppen** (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw uitgebreide uitleg. Het is echter al meer dan een jaar geleden en er is nog steeds geen definitieve lijst. De reptielhouders zijn in blijde verwachting en zouden graag zo snel mogelijk een definitieve lijst hebben waardoor ze weten waar ze aan toe zijn.

Wat betreft de hobbyisten zou ik u toch aanraden om hen de dieren die niet op de lijst voorkomen te laten uitwisselen om redenen van inteelt. Als dat niet gebeurt, zou het wel eens kunnen dat we lelijke reptielen gaan kweken.

17.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: Rentrée à la maison, je dirai à mes enfants que j'ai parlé des reptiles débiles. Ils vont se demander quel métier j'exerce.

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

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

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): Mevrouw de minister, van de reptielen naar de snotneuzen is maar een stap in onze commissie. Het gaat om de verkoop van geneesmiddelen tegen verkoudheden voor kinderen. In Britse kranten verscheen begin maart een officiële waarschuwing. Die gaf ouders de duidelijke boodschap mee hun kinderen onder 12 jaar geen medicijnen te geven indien ze verkouden zijn.

De Britse overheidsorganisatie die toezicht houdt op geneesmiddelen, publiceerde recentelijk een rapport waarin staat dat er geen sterke bewijzen zijn voor de stelling dat medicijnen tegen verkoudheid ook bij kinderen werkzaam zijn. Geneesmiddelen bestemd voor volwassenen kunnen bij kinderen immers gevaarlijk zijn. Zo werden neveneffecten zoals slapeloosheid, allergische reacties en hallucinaties gerapporteerd.

Vanaf nu zullen in Groot-Brittannië waarschuwingen staan op de verpakkingen van geneesmiddelen en apothekers krijgen het advies de medicijnen niet langer te verkopen aan kinderen jonger dan 6 jaar.

Ik had volgende vragen voor u. Bestaat er in België een medische richtlijn met betrekking tot het medicijngebruik bij kinderen jonger dan 12 of jonger dan 6 jaar? Vindt u het wenselijk de bevolking te waarschuwen voor het gebruik van medicijnen tegen verkoudheid bestemd voor volwassenen, maar die in kleinere dosissen aan jongere kinderen gegeven worden? Is het wenselijk hierover een medische richtlijn uit te werken?

18.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Ik zou in de eerste plaats duidelijk willen stellen dat de herziening van het gebruik van hoestsiropen bij kinderen reeds lang lopend is en dat er de jongste tijd geen nieuwe elementen zijn opgedoken.

De herziening van het gebruik van hoestmiddelen vindt zijn oorsprong in het feit dat de evidentie van de doeltreffendheid bij kinderen gering is en in het feit dat ernstige bijwerkingen zoals ademhalingsdepressie, kunnen optreden.

Reeds twee jaar geleden werden de samenvatting van de productkenmerken en de bijsluiters van de specialiteiten die een antitussivum bevatten, aangepast. Daarbij werd het gebruik van antitussiva bij kinderen jonger dan 2 jaar gecontra-indiceerd en werd het gebruik bij kinderen tussen 2 en 6 jaar aan strikte beperkingen onderworpen. Die contra-indicatie moet ook worden opgenomen in de reclame voor hoestsiropen die niet aan een voorschrift zijn onderworpen, voor het grote publiek.

De contra-indicaties die in de bijsluiters zijn opgenomen betreffende de leeftijd moeten ook worden vermeld in de reclame voor geneesmiddelen voor nasaal gebruik.

Tot slot, deze aanbevelingen worden opgenomen in de informatie die aan artsen en apothekers wordt verspreid via onder andere de samenvatting van de productkenmerken, goedgekeurd bij de vergunning voor het in de handel brengen of via de publicaties van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie.

18.03 **Maggie De Block** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik weet dat wat de voorgeschreven geneesmiddelen betreft de richtlijnen voor siropen en neussprays twee jaar geleden werden aangepast. Ik denk dat het inderdaad nuttig is om ook voor de vrij verkrijgbare siropen de nodige waarschuwingen te laten vermelden. Een hoestsiroop behoort immers tot de huisapotheek. De mensen zijn niet altijd op de hoogte en geven die siropen soms ook aan kleinere kinderen.

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

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

19.01 **Jean-Luc Crucke** (MR): Madame la ministre, lors de la Journée internationale des maladies rares, le 27 février dernier, vous vous étiez engagée à financer le Fonds des maladies rares afin d'améliorer la prise en charge des malades.

Quelle est l'importance budgétaire de ce Fonds, étant donné qu'il est actuellement géré par la Fondation Roi Baudouin?

Quel est le montant complémentaire qui y sera apporté?

Ce complément signifie-t-il que des missions supplémentaires seront attribuées au Fonds?

Enfin, j'ai cru dernièrement lire que vous alliez confier au Fonds la mission de rédiger un "plan national". Un agenda et un échéancier sont-ils prévus? Quelles seront les modalités pratiques et la méthode poursuivies durant cette négociation?

Je vous remercie de vos réponses, qui ne manqueront pas d'intéresser également Mme Avontroodt.

19.02 Laurette Onkelinx, ministre: Au mois de décembre dernier, je recevais – justement en présence de Mme Avontroodt – la Fondation Roi Baudouin et une délégation du Fonds des maladies rares et médicaments orphelins. Ils sont venus me présenter leurs activités et m'ont proposé de reconnaître formellement le Fonds et de subventionner son fonctionnement.

Avant même le vote par la Chambre des représentants de la résolution relative à la mise en œuvre d'un plan d'action en ce qui concerne les affections rares et les médicaments orphelins, j'avais donné mon accord de principe à cette demande. Je parle sous le contrôle de Mme Avontroodt!

Mon souci est cependant de développer en étroite coordination mon programme "Priorité aux malades chroniques" et les actions spécifiques relatives aux affections rares. En effet, beaucoup de problèmes auxquels sont confrontés des malades chroniques touchent les personnes frappées par une affection rare. Ces derniers étant d'ailleurs le plus souvent des patients chroniques, il convient au maximum de mener une politique globale à destination de tous les patients et non de multiplier les plans particuliers.

En 2009 comme en 2010, le soutien de la Fondation Roi Baudouin au Fonds des maladies rares et des médicaments orphelins sera de l'ordre de 15.365 euros, soit 30.730 euros sur deux ans. Il m'a été proposé pour cette même période de financer le Fonds à concurrence de 210.000 euros, dont une première tranche de 115.000 euros en 2009. Cela me semble réalisable, et 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.

Ce que les subsides conjoints de la Fondation Roi Baudouin et de mon département permettront de financer en termes d'activité est conforme aux recommandations du comité de gestion du Fonds, à savoir élaborer – sur la base des recommandations de la Commission européenne – un plan d'action "maladies rares" pour la Belgique.

Il conviendra ensuite de voir quels moyens seraient disponibles à partir de 2011 pour mettre progressivement ce plan en œuvre. Je crois que cette mission répondrait au souhait du Parlement.

Cette mission doit donc s'achever fin 2010. Sept thématiques seront abordées:

- faire mieux connaître les affections rares auprès des prestataires de soins et du grand public et encourager le développement de médicaments orphelins et promouvoir leur accessibilité;
- prévoir des mécanismes adéquats de définition, de codification et d'inventaire des maladies rares et élaborer des guides de bonnes pratiques afin de fournir un cadre pour la reconnaissance de ces maladies et le partage des connaissances et expertises;
- encourager la recherche sur les maladies rares y compris par la coopération et la collaboration transfrontalière afin d'exploiter au maximum le potentiel en ressources scientifiques présent dans toute l'Union européenne;
- assurer l'accès à des soins de santé de qualité notamment en identifiant les centres d'expertise nationaux et régionaux et en encourageant leur participation au réseau de référence européen;
- mettre en place des mécanismes permettant de réunir l'expertise nationale dans le domaine des maladies rares et le mettre en commun avec celle des autres pays européens;
- prendre des mesures pour assurer la responsabilisation et la participation des patients et des organisations qui les représentent;
- veiller à ce que des dispositions appropriées accompagnent ces actions afin de garantir leur pérennité.

Voilà donc l'ossature du plan que nous intégrerons dans le plan maladies chroniques.

19.03 Jean-Luc Crucke (MR): (...)

La **présidente**: Cela explique que vous ne saviez pas que nous avons travaillé sur une résolution concernant les maladies rares.

19.04 Jean-Luc Crucke (MR): Que du contraire, madame la présidente. J'étais même en séance plénière lorsque Mme Avontrodt a évoqué ce sujet qui lui tient tant à cœur. C'est parce que j'étais présent que je me suis posé la question.

On dit souvent, dans ce Parlement, que les résolutions ne servent à rien. Ici, nous voyons que non seulement elles servent mais qu'il y a aussi un suivi très rapide, ce qui me réjouit.

Le fait de septupler la mise n'arrive pas tous les jours. Je suis donc très heureux de cette nouvelle pour un fonds qui est plus qu'utile et à qui on a confié une mission très importante.

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

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

*Présidente: Muriel Gerkens.
Voorzitter: Muriel Gerkens.*

20.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Merci, madame la présidente. Je vais m'efforcer d'être plus rapide que pour votre proposition de résolution.

Les méfaits de la cigarette sur la santé ne sont plus un secret pour personne, tant les études et campagnes d'information sur le sujet ont depuis quelques années été diffusées par différents médias et supports d'information.

Ainsi, on sait que la consommation de tabac peut provoquer des grossesses ultra-utérines, la naissance de prématurés, un manque de poids du bébé, la formation de becs de lièvres, des malformations cardiaques, ou encore un mauvais développement du nerf optique de l'enfant. Il peut en outre être parfois constaté une dépendance à la nicotine du nouveau-né et il semble enfin que cette consommation passive intra-utérine expose plus fortement l'enfant à une future dépendance au tabac - y compris au joint, bien sûr -, mais aussi à des risques d'infertilité, de diabète, des problèmes respiratoires, des problèmes d'impuissance aussi.

Pourtant, il existe encore un grand nombre de femmes enceintes ayant du mal à arrêter leur addiction au tabac, mettant en péril l'intégrité physique de leur enfant à venir.

Afin de faire face à ce problème, le centre d'aide aux fumeurs des hôpitaux de Tournai organise une série de huit séances de sensibilisation aux dangers du tabac pendant la grossesse, envers les gynécologues et les patientes.

Madame la ministre, cette action semblant être porteuse de résultats mériterait d'être généralisée dans tous les services gynécologiques des hôpitaux belges.

Voici mes questions.

- Combien y a-t-il de centres opérationnels?
- Sur quelle mode opératoire oeuvrent-ils?
- Avez-vous déjà travaillé avec les hôpitaux pour qu'à terme tous disposent de mêmes outils?
- Si les séances sont remboursées par la mutuelle, l'INAMI est-il partenaire en matière de remboursement de ces séances, qui sont un bon moyen de prévention des pathologies? Je sais que la prévention relève aussi des Communautés.

- Quels moyens sont-ils mobilisés afin de lutter contre le tabagisme des femmes enceintes, y compris le tabagisme passif?
- Quels progrès y a-t-il encore à faire?
- Quelle politique comptez-vous mener pour en améliorer encore les résultats?

20.02 Laurette Onkelinx, ministre: Cher collègue, vous avez raison, la consommation de tabac au sens large chez une femme enceinte peut être particulièrement dommageable au fœtus et au développement de son futur enfant. Cette problématique complexe, due notamment à la difficulté pour la future mère de stopper sa consommation malgré son sentiment de culpabilité est prise à bras-le-corps depuis plusieurs années par différents moyens. Ainsi, l'arrêté royal du 17 décembre 2005 fixant les conditions d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le sevrage tabagique des femmes enceintes et de leur partenaire permet aux femmes enceintes et à leur partenaire de bénéficier du remboursement de huit séances de sevrage tabagique chez un tabacologue.

Pour rendre cette mesure plus efficace, le Fonds de lutte contre le tabagisme finance depuis 2006 une campagne accompagnant la mesure prévue dans l'arrêté royal du 17 décembre 2005. Ce programme de sevrage tabagique de la femme enceinte et de son partenaire 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, d'étendre le réseau de tabacologues impliqués, d'amener les gynécologues à interroger systématiquement la femme enceinte et son partenaire à ce sujet, de nouer la collaboration avec les médecins de famille et les pédiatres, de renforcer l'implication des pharmaciens et de garantir un accompagnement de qualité dans le sevrage tabagique.

Quant aux aspects grand public, les objectifs sont d'offrir un accueil qui ne stigmatise pas la consommation de tabac afin de faciliter la communication et la relation de confiance, de sensibiliser aux effets délétères du tabagisme prénatal, d'informer de l'existence du programme et d'offrir un accompagnement spécifique et local. Les tabacologues sont donc au centre du dispositif prévu dans l'arrêté royal mais ce sont tous les professionnels de la santé travaillant dans le secteur de la natalité qui sont impliqués dans la réduction de la consommation de tabac.

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. Vous savez également qu'elle sera soutenue par une campagne de communication sur l'ensemble des moyens de sevrage à la disposition des consommateurs de produits du tabac tels que la ligne Tabac-Stop, généralistes, tabacologues, centres d'aide aux fumeurs, programmes de sevrage en groupe, etc.

Le réseau global des tabacologues est quant à lui en croissance puisque la formation de nouveaux spécialistes est assurée chaque année par une formation inter-universitaire qui est financée également par le Fonds de lutte contre le tabagisme. À ce jour, 355 tabacologues ont déjà suivi cette formation et plus d'une centaine de professionnels de la santé sont inscrits pour la session 2009. D'autres initiatives existent comme le Réseau "hôpitaux sans tabac" qui regroupe cent hôpitaux dans le pays. Ces derniers prennent en compte le problème en proposant une aide à l'ensemble de leurs patients et à leur personnel.

20.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Votre réponse me satisfait. Elle part d'une volonté de coordination et d'effet massif. Nous examinerons le bilan dans les mois prochains. Il faut laisser le temps aux mesures d'agir, je me range en cela à votre avis.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

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 Vraag van de heer Jean-Jacques Flahaux aan de vice-eerste minister 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): Madame la ministre, j'ai interpellé votre collègue, le ministre de la Justice, il y a quelques temps, au sujet des droits d'un conjoint homosexuel belge, marié à un ressortissant européen d'un autre pays concernant les risques qui pourraient résulter de la lecture très conservatrice de la part d'autres pays européens, comme la France notamment, qui ne reconnaissent pas le mariage homosexuel.

J'ai abordé la question de savoir quelle reconnaissance et, partant, 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? Ce sujet relevant de la législation en matière d'assurance maladie invalidité, il m'a conseillé de me tourner vers vous pour obtenir une réponse à ce propos. Comme vous avez été ministre de la Justice, vous comprendrez sa motivation!

Aussi, madame la ministre, je voudrais savoir comment les droits et la place de l'époux(se) sont pris en compte, lors des possibles hospitalisations précitées. J'élargirai mon propos dans deux directions. En premier lieu, j'aimerais savoir ce qui est prévu pour les couples homosexuels belges se rendant à l'étranger, en Europe, et amenés à y être hospitalisés. En deuxième lieu, j'aimerais connaître, 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.

Par ailleurs, 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 sont-ils en cours ou des projets sont-ils à venir pour faire progresser le droit?

Madame la ministre, je me rends compte de la multiplicité des questions posées et vous remercie d'ores et déjà de la réponse que vous m'apporterez.

21.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame la présidente, c'est parfois à travers les questions qu'on se rend compte de certains problèmes.

Je vous informe que les droits aux soins de santé d'un conjoint homosexuel pour tout couple – 100% belge ou mixte – assujetti 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. En effet, la carte européenne d'assurance maladie, délivrée par la mutualité belge, permettra également au conjoint de bénéficier de l'intervention prévue.

Cependant le problème peut se poser pour un couple homosexuel qui souhaite transférer sa résidence dans un autre État de l'EEE qui ne reconnaît pas le mariage homosexuel. En effet, la réglementation européenne en vigueur (règlement 1408/71) précise que la qualité de personne à charge est déterminée par le pays de résidence et, par conséquent, le conjoint homosexuel à charge ne pourrait pas nécessairement bénéficier d'un droit aux prestations de soins de santé comme personne à charge dans le pays de résidence.

En ce qui concerne les soins de santé servis lors d'un séjour temporaire hors de l'EEE et de la Suisse, 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 (article 294 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996) en cas d'hospitalisation d'urgence seulement.

En ce qui concerne vos autres questions relatives aux législations matrimoniales, il faudra interroger le ministre de la Justice.

21.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je ne doute pas que vous aurez le souci en Conseil européen de faire évoluer les choses. En effet, certains États comme les Pays-Bas et la Belgique mènent des législations à la pointe. De plus, en Europe, les citoyens bougent constamment. Le problème est en outre exacerbé pour des couples mariés en Belgique qui se sont retirés sur la Côte d'Azur ou en Espagne (mais là, le mariage est reconnu). Autant d'éléments qui mettent le problème en évidence et obligeront, peu ou prou, le plus rapidement possible, 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.

Het incident is gesloten.

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)

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

La **présidente**: Votre question se rapporte à un sujet développé par Mme Genot voilà quelques semaines. Fait-elle référence à un élément nouveau?

22.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Oui, j'y étais et je fais référence à cette interpellation dans ma question.

La **présidente**: Essayez alors de résumer votre intervention.

22.02 Jean-Jacques Flahaux (MR): Il est dommage que ceux qui s'intéressent à la santé doivent chaque fois résumer leurs questions. Je vais être frustré. Je vais aller poser des questions en commission des Affaires étrangères, même si je trouve que l'Europe n'a rien à faire en matière étrangère.

La **présidente**: Le Règlement prévoit de limiter le temps de parole pour les questions. Je ne houspille pas souvent les députés mais il faut respecter l'agenda.

22.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Si je pose cette question, c'est parce que j'ai entendu la réponse faite à ma collègue, Mme Genot, à sa question reprenant un sujet sur lequel j'avais déjà déposé une interpellation. J'estime qu'un éclaircissement est nécessaire.

Pour répondre à Mme Genot et montrer votre volonté de non-discrimination, vous précisez que ce ne sont pas seulement les homosexuels qui sont exclus mais aussi les hétérosexuels ayant eu des rapports homosexuels et les hétérosexuels purs. Vous indiquez donc que ce sont les pratiques à risques qui sont visées. Très bien.

Vous expliquez alors que pour minimiser les risques, les hommes ayant eu des rapports sexuels avec un ou plusieurs hommes sont exclus, sans préciser si le fait qu'ils déclarent avoir eu des rapports protégés les rendaient tout de même impropres à tout don.

La question qui demande clarification est la suivante. 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.

22.04 Laurette Onkelinx, ministre: (...) (*hors micro*) avec beaucoup d'hommes et beaucoup de femmes.

22.05 Jean-Jacques Flahaux (MR): Vous compliquez encore la situation.

C'est un terrain glissant mais je voudrais qu'on soit extrêmement prudents car j'ai peur qu'au nom d'une volonté de protection, le discours marginalise ou catégorise encore plus certaines personnes, ce qui serait dommage.

22.06 Laurette Onkelinx, ministre: Monsieur Flahaux, vous savez que j'ai travaillé sur la loi sur le mariage des homosexuels, sur l'adoption, etc. Le problème n'est pas de stigmatiser l'appartenance à un groupe, mais de prendre en compte l'existence de comportements qui pourraient poser problème quant à la sécurité du sang transfusé.

Nous nous basons sur des données épidémiologiques. Ce sont des données qui nous viennent de l'Institut scientifique de santé publique qui a noté, depuis 2002, une augmentation du nombre de nouveaux cas diagnostiqués de VIH parmi les personnes de nationalité belge. Cette augmentation, soit un doublement

entre 1997 et 2006, est surtout due à une augmentation chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. D'autres maladies sexuellement transmissibles comme la syphilis et la gonorrhée sont aussi concernées par cette augmentation. Vous pouvez trouver ces informations dans les publications de l'Institut scientifique de santé publique.

Je ne dis pas qu'il n'y a pas de comportements à risques parmi les hommes qui ont des rapports avec plusieurs femmes, ou parmi les femmes. Mais en termes de sécurité du sang, on part de données épidémiologiques pour décider de là où le risque est le plus important. On "exclut" de la possibilité de don de sang les personnes qui ont ce comportement à risques là. La France vient de confirmer sur base des mêmes analyses l'augmentation du VIH parmi cette population d'hommes ayant des relations avec d'autres hommes.

En ce qui concerne les risques chez les couples hétérosexuels, il apparaît en effet que dans une relation hétérosexuelle monogame stable, il n'est évidemment pas à exclure que l'un des partenaires ait d'autres contacts sexuels. Je crois même que c'est relativement courant. Des rapports protégés, comme avec l'utilisation d'un préservatif, diminuent le risque de transmission d'agents contaminants, mais ne l'excluent pas. Ceci a été clairement démontré par la transmission de MST et par des grossesses non désirées. Néanmoins, 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.

Il existe aussi une série de critères d'analyse utilisés par le Conseil supérieur de la santé pour établir son rapport. Ces critères sont basés sur des références figurant dans l'avis que j'ai mentionné. Pour ce qui est de la convergence des critères, ils ont été définis entre autres par le Conseil de l'Europe, par l'Organisation mondiale de la santé et résultent d'une concertation large.

La dernière version de ces recommandations, régulièrement mises à jour, date de l'année 2008. Si les statistiques venaient à changer, je reverrais immédiatement les choses. Je ne peux pas me permettre, même s'il est faible, d'augmenter le risque avec le sang transfusé. Je ne le ferai pas.

Si des éléments nouveaux devaient se faire jour, je m'engage à intervenir pour modifier les critères.

Je sais que c'est délicat et cela doit être incompréhensible pour les personnes concernées, qui doivent se sentir discriminées et exclues. Je le comprends et je n'aime pas cette situation. Mais, d'un autre côté, je ne peux pas faire prendre des risques supplémentaires, fussent-ils minimes, aux personnes qui ont besoin de sang.

22.07 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je comprends et je partage une bonne partie de votre analyse.

Nous connaissons une évolution de la société. Les jeunes de moins de trente ans mènent une vie libérée et de plus en plus "mixte". Je suis certain que, dans quelques années, il y aura des évolutions dans le sens où ce ne sera plus nécessairement ce groupe-là qui sera le plus à risque, mais plutôt ceux qui auront une vie sexuelle débridée.

Cela m'interpelle toujours lorsqu'on dit que quelqu'un a des relations homosexuelles multiples. Pourquoi n'en aurait-il pas avec des gens de l'autre sexe?

Croyez bien que je ne vous fais pas un procès d'intentions, au contraire! Mais quand je vois les mentalités dans certains pays européens tels que la Pologne, j'ai peur des attitudes qu'on pourrait prendre chez nous. Je sais que Roseline Bachelot partage les mêmes sentiments que vous.

22.08 Laurette Onkelinx, ministre: (...)

22.09 Jean-Jacques Flahaux (MR): Je partage votre analyse mais j'ai peur que certains "ultras" utilisent les éléments fondés que vous avez développés pour prendre une autre attitude que la vôtre.

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

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

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, onder het motto "uw veiligheid, onze bezorgdheid" werd het afgelopen jaar een enquête gehouden bij de huisartsen. Op basis van die informatie zouden de FOD Binnenlandse Zaken en de FOD Volksgezondheid samen een handleiding opstellen met preventiemaatregelen en strategieën om in specifieke situaties toe te passen. De verspreiding van die handleiding zou ruim worden aangekondigd en is voorzien voor het voorjaar 2009.

De minister voorzag ook de start van een pilootproject in Brugge en in Henegouwen inzake een centrale dispatching. Ook andere maatregelen lagen ter studie. Nu heb ik vernomen dat ook het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen toch aan de alarmbel trekt en vraagt dat er voor de beveiliging van zijn leden initiatieven zouden worden genomen.

Wat is de stand van zaken betreffende de verspreiding van die handleiding? In welke concrete veiligheidsmaatregelen is er voorzien of welke liggen ter studie? In welke termijn voorziet u voor het implementeren van die maatregelen? Kan u al wat informatie geven over de pilootprojecten? Is u ook op de hoogte van die vraag van het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen? Hoe verloopt het overleg daaromtrent met Binnenlandse Zaken?

23.02 Minister Laurette Onkelinx: De veiligheid van de huisartsen is een zeer belangrijk probleem, waar niet alleen de minister van Volksgezondheid voor verantwoordelijk is, maar ook de minister van Binnenlandse Zaken. Twee maatregelen die antwoorden op de bezorgdheid die opnieuw geuit werd door de vertegenwoordigers van het beroep, inclusief recent het SVH, zijn momenteel in uitwerking. Het betreft enerzijds het uitbreiden van het systeem van de derde betaler en anderzijds het instellen van een centrale dispatching tijdens de eerstelijnswachtdiensten.

Betreffende het systeem van de derde betaler moet men eraan herinneren dat dit reeds toegepast kan worden tijdens de wachtdiensten en alle dagen ten aanzien van de minst begunstigde bevolkingsgroepen. Er zijn wettelijke voorstellen ter studie om het actieterrein van de regeling van de derde betaler nog uit te breiden en ik verbind me ertoe om de verschillende voorstellen in de komende maanden – in overleg met de vertegenwoordigers van het beroep – te bestuderen.

Het project van de centrale dispatching, ook wel project 1733 genoemd, is van start gegaan in Henegouwen. De patiënten bellen een uniek oproepnummer, dat hen na analyse van de aanvraag verder leidt naar een ziekenwagen, de spoeddienst van een ziekenhuis, de dichtstbijzijnde vooruitgeschoven wachtdienst of naar de huisarts van wacht. Dit proefsysteem zal in de komende maanden ook ingesteld worden in Brugge en zou het aantal huisbezoeken moeten verminderen en de veiligheid van de interveniënten doen toenemen.

De uitbreiding van de vooruitgeschoven wachtdiensten, die ik recent ondersteunde door een verhoging van de budgetten voor 2008 en 2009 met 50%, maakt ook deel uit van deze zorg voor de veiligheid en verbetert tegelijk de toegang tot de zorg en de kwaliteit van het werk van de eerste lijn.

23.03 Michel Doomst (CD&V): Mevrouw de minister, u zei "een paar maanden". Is er al wat zicht op om het project in Brugge op te starten? Betekent dat net voor de vakantie?

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

23.05 Michel Doomst (CD&V): Het is dus geen kwestie dat het nog een hele tijd zal duren.

23.06 Minister Laurette Onkelinx: Nee.

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

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

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, de problematiek is al decennia bekend. In oktober 2002 hadden we de petitie, ingediend bij de Raad van Europa door verschillende parlementsleden, ook uit de huidige meerderheid, en mandatarissen uit Brussel waarin zij het recht op gezondheidszorg in eigen taal bepleitten voor Nederlandstaligen in Brussel. De Raad van Europa heeft ook concrete aanbevelingen gedaan aan de toenmalige federale overheid.

Nu blijkt, zeven jaar na die petitie, dat er eigenlijk weinig veranderd is. We hebben daar een pijnlijke getuigenis van. Een Nederlandstalige vrouw ontwaakt in een ziekenhuis en beleeft een narcoseshock. Zij valt terug op haar moedertaal en wordt niet begrepen door het verplegend personeel. Niemand begrijpt haar. Zij vraagt om haar mond af te veggen en men zegt: "Ah, vous avez chaud".

Misschien moet ik mijn verhaal verder afmaken. De directie van het betrokken ziekenhuis laat zeer laconiek weten dat het personeel wel degelijk tweetalig is, namelijk Engels en Frans, en nog van die vreemde bemerkingen die zij maken in hun brief als antwoord op de klacht van de betrokken Nederlandstalige mevrouw.

Mevrouw de minister, ten eerste, gelet op de aanbevelingen van de Raad van Europa en de rapporteurs daarvan, welke acties heeft de regering ondernomen in dat raam?

Ten tweede. Wat zijn uw plannen ter zake?

Ten derde. Wat is het standpunt van uzelf ten aanzien van de brief van de directie van het ziekenhuis?

Tot slot doe ik u een voorstel dat misschien een mogelijkheid is om hieruit te geraken. Daarbij zouden we taalkennis toevoegen als een van de beroepsuitoefeningsvoorwaarden voor verplegend personeel. Vooraleer het verplegend personeel zijn beroep zou kunnen uitoefenen – in kwestie gaat het dan over artsen en verplegers – zou dat beroep dan in Brussel enkel kunnen worden uitgeoefend wanneer zij bewijzen tweetalig te zijn.

24.02 Minister Laurette Onkelinx: Over de problematiek van de taaltoestanden in Brusselse ziekenhuizen, uitgebreid tot de problematiek van het onthaal in de ziekenhuizen van het Rijk, werden reeds tal van discussies gehouden tijdens verschillende interministeriële conferenties over Volksgezondheid in de loop van de jongste jaren.

Tijdens de jongste conferentie, op 2 maart laatstleden, werd beslist in een eerste fase een inventaris op te maken van alle klachten in verband met het onthaal in de ziekenhuizen, inclusief de klachten in verband met de taal, zodat wij een objectief overzicht in handen hebben van de situatie.

Via een interkabinettenwerkgroep zal in maart 2009 worden overlegd met de respectieve deelregeringen, met het oog op het uitwerken van die inventaris. In een tweede fase zal een samenwerkingsakkoord tussen de deelstaten en de federale overheid worden overwogen, waarbij de deelregeringen via een systeem van medezeggenschap, in verhouding tot de bevoegdheden van de betrokken sectoren, aan de federale overheid de rol van loket zouden toevertrouwen. Dit loket zou de klachten in ontvangst nemen, deze objectief analyseren en ervoor zorgen dat zij worden doorgespeeld aan de bevoegde overheid.

Naast de inventaris van de problemen waarvan sprake in fase één, zal de groep zich ook buigen over de verschillende stappen voor het uitwerken van dit samenwerkingsakkoord. Er moet ook worden gewezen op de aanhoudende inspanningen die het Brussels Hoofdstedelijk Gewest sinds enkele jaren levert voor het aanbieden van intensieve taalcurssussen. Deze inspanningen moeten worden aangemoedigd. Ook de aanpassing van de taalexamens van Selor moet worden benadrukt, waarbij de personeelsleden van de openbare verzorgingsinstellingen de kans krijgen een taalpremie te bemachtigen.

Ik ben zo vrij eraan te herinneren dat de wet van 18 juli 1966 op het gebruik van talen in bestuurszaken, behoort tot de bevoegdheid van de minister van Binnenlandse Zaken. Enkel de openbare ziekenhuizen zijn gebonden door die wetgeving, in tegenstelling tot de privéziekenhuizen. Het ziekenhuis waarvan hier sprake is, behoort tot de categorie van de privéziekenhuizen.

Via de verschillende bovenvermelde initiatieven is het onze bedoeling alle Brusselse ziekenhuizen aan te sporen in de mate van het mogelijke te zorgen voor tweetalig personeel. Het inlassen van enige vereiste inzake taal in het koninklijk besluit nr. 78 lijkt niet aangewezen. Het doel van dat besluit is de omkadering van de uitoefening van de geneeskunde door onder meer de voorwaarden inzake de toegang tot het beroep, de wachtdiensten of de honoraria te reglementeren. De eis inzake taalkennis lijkt mij niet gepast in dat medisch kader.

24.03 Ben Weyts (N-VA): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. U sprak wel degelijk over maart 2009?

24.04 Minister Laurette Onkelinx: Ja.

24.05 Ben Weyts (N-VA): Dat is dan toch al een stap in de goede richting. Ik betreur dat het nog zeer precair en voorlopig is. Het gaat over stappen in de richting van het verzamelen van klachten. Dat is al eens gebeurd. Verschillende instanties hebben al eens klachten geïnteriseerd. Een samenwerkingsakkoord in die zin is ook al een stap, maar ik vrees dat u grondigere middelen zult moeten inzetten, zoals het opleggen van de taalkennis als beroepsuitoefeningsvoorwaarde voor medisch personeel.

U verwijst ook naar de hervorming van het taalexamen. Dat is hier niet aan de orde, zoals u al gezegd hebt, want in de praktijk blijkt gewoon dat men niet afdoende Nederlands kent. Een versoepeling van het taalexamen zal daaraan dus absoluut niets veranderen. Het heeft er volstrekt niets mee te maken. Ik hoop dat u, samen met de deelstaten, actiever werk zult maken van het respect voor een grondrecht, namelijk gezondheidszorg in de eigen taal in de eigen hoofdstad.

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

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

25.01 Jean-Jacques Flahaux (MR): Le psoriasis, maladie chronique et non contagieuse de la peau, est toujours à ce jour incurable.

Cette pathologie a pour signes, l'apparition de plaques rouges sur la peau, etc.

Certaines formes de psoriasis peuvent, en effet, se révéler très graves, à cause, notamment, des risques élevés d'infection: le psoriasis pustuleux généralisé et le psoriasis érythémateux, qui se présente sous la forme de plaques rouge foncé réparties sur tout le corps. Je m'en souviens parce que je classais les diapositives de dermatologues. En outre, même s'il est contrôlé, le psoriasis cause parfois de l'arthrite. Il est donc susceptible d'altérer la vie des patients de manière importante. Les traitements en pratique aujourd'hui permettent, à défaut d'une guérison, une rémission durable. Il n'en est pas moins communément admis que cette maladie touche 1 à 3% de la population. Qu'en est-il en Belgique? Quelle a été l'évolution du nombre de patients depuis les cinq dernières années?

De nouvelles thérapies biologiques du psoriasis développées parallèlement à l'amélioration des connaissances physiopathologiques qui ont révélé le cœur du problème, à savoir l'activation des lymphocytes T, permettent de soigner les patients en intégrant ses données propres ainsi que son environnement. La place précise de ces thérapies biologiques, leur efficacité comparée et leur sécurité doivent encore faire l'objet d'investigations complémentaires.

D'autres voies thérapeutiques touchant à une meilleure connaissance des cellules, se dessineront certainement encore dans un avenir proche. Cela va nécessiter de larges études comparatives afin de connaître de façon précise et pour chaque molécule le profil d'efficacité et de tolérance et le rapport coût/efficacité de chacun des traitements envisagés.

Madame la ministre, avez-vous déjà des éléments d'information en la matière?

Pouvez-vous nous indiquer quelles évolutions en termes de coûts pour la sécurité sociale pourraient en résulter en fonction des types de traitements?

Pouvez-vous nous dire de quelle manière ces coûts seront pris en charge?

25.02 Laurette Onkelinx, ministre: 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.

Quant au nombre de patients en Belgique sur la base d'études, une estimation de 2% de la population belge paraît réaliste. Étant donné qu'il n'y a pas de registre spécifique, on ne dispose pas de données précises.

La découverte des thérapies biologiques a en effet ouvert de nouvelles perspectives thérapeutiques pour le psoriasis. Ces traitements ne sont malheureusement pas curatifs mais tout au plus sont suspensifs ou offrent une rémission.

Sur le long terme, le rapport risque/bénéfice par rapport au traitement classique reste encore à déterminer.

Ces traitements ne sont donc actuellement pas destinés à se substituer aux traitements classiques mais plutôt à s'intégrer dans les stratégies existantes. Ils sont actuellement plutôt réservés aux cas sévères, résistants ou intolérants ou ayant des contre-indications aux traitements traditionnels.

Pour environ 0,5% des patients une thérapie via ces nouveaux traitements systémiques serait indiquée.

Parmi les différentes thérapies biologiques, seulement l'éthanercept et l'adalimumab sont remboursables pour l'indication psoriasis.

En 2005, le coût total pour l'assurance de ces produits prescrits par des dermatologues était de 25.147 euros, ce qui représente 0,06% du montant total consacré à ces deux produits en rhumatologie. En 2006, ce montant était de 1.874.667 euros, ce qui représente 3,49% du montant total consacré à ces deux produits. En 2007, ce montant était de 3.685.445 euros, ce qui représente 5,43% du montant total consacré à ces deux produits.

L'INAMI ne sait pas évaluer l'évolution en termes de coût de l'utilisation de ces produits dans différents traitements.

On peut en outre signaler que récemment a été introduite dans la nomenclature une prestation afin d'évaluer le malade atteint d'une pathologie inflammatoire rhumatoïde, entre autres, l'arthrite psoriasique.

25.03 Jean-Jacques Flahaux (MR): Madame la ministre, je vous remercie.

L'évolution des chiffres n'est pas sans poser problème. J'imagine qu'il a été décidé de faire une étude approfondie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

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

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): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, met de wet houdende diverse bepalingen van 25 april 2007 werd uiteindelijk de mogelijkheid geschapen om het honorarium voor apothekers in te voeren.

Ik verwijs ter zake uitdrukkelijk naar mijn mondelinge vraag van ongeveer een jaar geleden, van 4 maart 2008. Toen ondervroeg ik u ook over deze problematiek. U zei toen dat het hele dossier aan de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen was bezorgd. Een aantal werkgroepen ad hoc was bezig met concrete definities en uitvoeringsmodaliteiten te gaan onderzoeken.

Mevrouw de minister, ik heb een jaar later een aantal concrete vragen over de stand van zaken.

Hoe ver staat het nu met de werkzaamheden in de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen met betrekking tot de concrete uitvoering van dit dossier? Is er ondertussen duidelijkheid over de uitvoeringsmodaliteiten van die wet? Wat is de concrete stand van zaken in dit dossier?

Wij zijn bijna twee jaar later. Het zou goed zijn dat voor de apothekers eindelijk de mogelijkheid wordt geschapen om die intellectuele act te gaan terugbetalen en af te stappen van het systeem van winstmarges waarop de financiering en het inkomen van de apothekers tot op heden is gevestigd.

26.02 Minister **Laurette Onkelinx**: Mevrouw de voorzitter, tijdens de vergadering van 20 februari 2009 heeft de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen formeel ingestemd met de prijsstructuur van een vergoedbaar vergund geneesmiddel, met specifieke honoraria. Die bijkomende honoraria zullen betrekking hebben op het afleveren van een goedkoper geneesmiddel bij een voorschrift op stofnaam en het geneesmiddel dat is onderworpen aan de machtiging van een adviserend geneesheer.

Een jaarlijkse forfaitaire vergoeding wordt eveneens voorzien voor het geven van informatie over het correct gebruik van geneesmiddelen bij de eerste aflevering. De waarden van al die honoraria en marges werden berekend en goedgekeurd door de Overeenkomstencommissie, op basis van de gegevens die thans beschikbaar zijn. De definitieve bedragen zullen echter worden vastgelegd tijdens de begrotingsbesprekingen voor 2010.

Vertrekkend van deze door de Overeenkomstencommissie vastgelegde elementen, werkt het RIZIV thans aan de reglementaire -en facturatieaanpassingen die nodig zullen zijn wanneer het nieuwe systeem op 1 januari 2010 in werking zal treden.

26.03 **Koen Bultinck** (Vlaams Belang): Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het gaat eindelijk de goede richting uit, maar wel wat trager dan wij gehoopt hadden. Heb ik uw antwoord goed begrepen, wat betreft het soort geneesmiddelen waarop de nieuwe regeling van toepassing zal zijn. Zal dit alleen slaan op, enerzijds, geneesmiddelen voorgeschreven op stofnaam en, anderzijds, geneesmiddelen die vallen onder een advies van de adviserende geneesheer?

In tweede orde stel ik vast dat de inwerkingtreding blijkbaar maar voorzien is voor 1 januari 2010. Kan dat echt niet sneller? Uiteindelijk gaat het over wetgeving die goedgekeurd werd in april 2007.

26.04 **Laurette Onkelinx**, ministre: (...) On me dit qu'avec la réglementation à changer, les facturations à modifier, on ne peut pas aller plus vite.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

27 **Vraag van mevrouw Yolande Avontroodt aan de vice-eerste minister 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 **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): Mevrouw de minister, dank u dat u ons in de gelegenheid stelt om deze vraag toch nog te stellen.

Het ontwerp in verband met het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal heeft heel wat stof doen opwaaien. Het is snel gepubliceerd, op 30 december 2008. Het stond dus heel snel in het Staatsblad. Het engagement dat u zelf genomen hebt, heeft blijkbaar niet alle zorgen op het terrein – ik heb het in deze vooral over de bedrijven betrokken bij bio.be – weg doen ebben. De wetenschappers en de bedrijven zijn nog altijd enorm ongerust over een aantal elementen en aspecten van de wet, onder meer over het louter autoloog gebruik. Ik zal dat niet herhalen; die discussie is enkele maanden geleden in het Parlement gevoerd. Mevrouw de

minister, het is dan ook belangrijk dat u de actoren tijdig kunt informeren over de stand van zaken.

Ik heb twee vragen. Ten eerste, hoever staat u met de uitvoering van de wet? Ik heb zopas geluisterd naar het antwoord op de vraag van collega Bultinck. Ik weet niet of ze zoveel tijd zullen hebben als nodig is voor de uitvoering van de wet op de apotheken.

Ten tweede, is het uw engagement om een en ander samen met de uitvoeringsbesluiten te bespreken in het Parlement? Ik herhaal dus mijn vraag, die vooral wordt ingegeven door de bekommering geformuleerd door bio.be, ook in de media.

27.02 Laurette Onkelinx, ministre: Madame Avontroodt, nous devons œuvrer rapidement. La procédure a été lancée par l'Europe à ce sujet. Mes services ont donc réalisé cinq projets d'arrêtés royaux destinés à être transposés en droit belge et en directives. Ces projets vont être présentés à la fin de cette semaine aux organes consultatifs compétents, notamment au Conseil supérieur de la santé, au Conseil national des établissements hospitaliers, à la Commission de protection de la vie privée. Il n'a jamais été décidé de négocier en commission sur les arrêtés d'exécution. Cela, je ne le ferai jamais!

Je suis prête à transmettre une information sur ces arrêtés aux parlementaires qui le souhaitent. S'ils ont envie de me faire des remarques, je les prends. Ainsi, j'aurai en même temps les avis de tous les conseils et ceux des parlementaires qui sont spécifiquement intéressés.

On pourrait désigner une personne par groupe, de manière à ce que je ne doive pas m'adresser à toute la Chambre. J'ignore comment faire.

La **présidente**: On pourrait éventuellement les envoyer au secrétariat de la commission.

27.03 Laurette Onkelinx, ministre: Dans ce cas, cela devient officiel! Vous procédez de manière trop officielle pour moi!

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

27.04 Yolande Avontroodt (Open Vld): Madame la présidente, madame la ministre, je vous remercie.

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

La **présidente**: La ministre ne pouvant être présente la semaine prochaine, il n'y aura pas de questions.

*La réunion publique de commission est levée à 18.34 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 18.34 uur.*